

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ALBERT FÈGE

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES (Claude Bernard, 1907-1908)

Né à Paris le 9 Juillet 1883.

Massothérapie

de

l'Arthrite blennorrhagique

à la phase aiguë

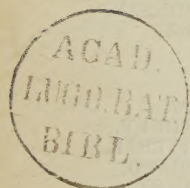
Président : M. WIDAL, Professeur

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910



FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	LANDOUZY.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		NICOLAS.
Physiologie.....		Ch. RICHEL.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		ACHARD.
Pathologie médicale.....		DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....		WIDAL.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....		PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....		HARTMANN.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		MARFAN.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....		THOINOT.
Pathologie comparée et expérimentale.....		CHAUFFARD
		ROGER.
		HAYEM.
		DEBOVE.
Clinique médicale.....		LANDOUZY.
		GILBERT.
Clinique des maladies des enfants.....		HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies nerveuses.....		N...
		QUENU.
Clinique chirurgicale.....		RECLUS.
		SEGOND.
Clinique ophtalmologique.....		DELBET (Pierre).
Clinique des voies urinaires.....		DE LAPERSONNE.
		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.....		PINARD.
		BAR.
Clinique gynécologique.....		RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
Clinique thérapeutique.....		KIRMISSON.
		ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DESGREZ.	LENORMANT.	RATHERY.
BERNARD (Léon).	DUVAL (Pierre).	LERI.	REITTERER.
BRANCA.	GOUGEROT.	LOEPER.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GREGOIRE.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BROCA (André).	GUENIOT.	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	GUILLAIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CAMUS.	JEANNIN.	MULON.	SICARD.
CARNOT.	JOUSSET.	NICLOUX.	TERRIEN (F.).
CASTAIGNE.	LABBE (Marcel).	NOBECOURT.	TIFFENEAU.
CHEVASSU.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LANGLOIS.	OMBREDANNE.	
COUVELAIRE.	LECENE.	PROUST.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

Au Docteur Joseph FÈGE

*Mon père, à qui je suis profondément reconnaissant de m'avoir
tracé la voie et facilité les débuts d'une carrière difficile par les
responsabilités qu'elle comporte.*

A MA MÈRE ET A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur WIDAL

Médecin de l'hôpital Cochin,
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

M. le Docteur JEAN-LOUIS FAURE

Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôpital Cochin.

(Trousseau, 1904).

M. le PROFESSEUR QUÉNU

Chirurgien de l'hôpital Cochin, membre de l'Académie de Médecine.

M. le Docteur PIERRE DUVAL

Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux.

(Cochin, octobre 1903, mai 1906. — Externat : 1908-1909).

M. le Docteur GEORGES CAUSSADE

Médecin de l'hôpital Tenon.

(Tenon, mai-octobre 1906. — Externat : Février-14 mai 1908).

M. le PROFESSEUR ROGER

Médecin de la Charité, membre de l'Académie de Médecine.

(Stage : novembre 1906-février 1907).

M. le Docteur RICARD

Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

(Stage : mars-14 mai 1907).

M. le Docteur GRIFFON

Médecin des Hôpitaux.

Hôpital Claude-Bernard (Aubervilliers)

(Externat : mai 1907-décembre 1907).

M. le Docteur GOUGET
Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux.
Hôpital Claude-Bernard (Aubervilliers)
(Externat : janvier 1908).

M. le Docteur THIBIERGE
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
(Externat : mai 1910-novembre 1910).

A MM. les Docteurs :

MARCEL LABBÉ
Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux.
(Hôpital Tenon, 1906).

GEORGES LABEY
Chirurgien des Hôpitaux.
(Hôpital Saint-Antoine, 1907).

PAUL RAVAUT
Médecin des Hôpitaux.
(Hôpital Saint-Louis, 1910).

ANDRÉ LEMIERRE; LOUIS SAUVÉ; ANDRÉ PHILIBERT.

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Placé dans les conditions les plus favorables, dès le début de nos études médicales, pour être imprégné des notions de la massothérapie, nous ne pouvions avoir d'autre but que celui de nous familiariser avec cette pratique thérapeutique, pendant notre passage dans les hôpitaux.

Il est tout naturel que notre travail inaugural soit consacré à l'étude d'un des sujets qui nous a paru des plus intéressants ; nous espérons qu'il aura une utilité pratique et sera profitable aux malades. C'est le vrai but que nous poursuivons.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Nous voudrions essayer de montrer l'avantage qu'il y a à traiter par la massothérapie précoce, certaines manifestations articulaires et synoviales de la blennorrhagie.

Nous voudrions convaincre qu'il n'est pas nécessaire, qu'il est même nuisible, d'attendre que les phénomènes aigus soient calmés pour entreprendre la massothérapie.

Nous avons consulté les gros traités tels que le *Traité de Chirurgie* de Le Dentu-Delbet, et nous avons toujours été frappé de la sorte de crainte que l'on a du massage. « On ne massera, dit-on, que quand les phénomènes aigus auront disparu ».

Nous avons retrouvé les mêmes craintes à l'hôpital, qui, nous le répétons, sont injustifiées. Ce que nous demandons : c'est le massage précoce, c'est-à-dire, dans la période aiguë.

Ce vœu a déjà été formulé il y a une dizaine d'années par le docteur J. Fège dans son Livre *Du massage précoce dans les traumatismes*, travail fait après quinze ans d'expériences cliniques.

Dans son introduction, page 8, ne dit-il pas en effet : « Il est encore un certain nombre d'affections auxquelles il semblait téméraire de toucher avant la disparition des phénomènes réputés incompatibles avec le massage, et

où l'intervention après un certain temps paraissait hâtive et qui, à l'heure actuelle, doivent être immédiatement traités ; je veux parler des arthrites aiguës traumatiques ou non, ou d'autres affections accompagnées de phénomènes d'acuité intense ».

Et nous sommes en 1899, et nous rapporterons à la fin de cet ouvrage des observations d'arthrites blennorhagiques soignées en période aiguë dès 1890.

Nous voici en 1911, et ces interventions du massage dans les états aigus sont encore bien rares.

Nous n'avons pas recherché si d'autres auteurs avaient publié de tels cas.

Nous espérons que pour le bien des malades, il y en a.

Ce que nous pouvons dire, c'est que nous avons toujours rencontré quelque réserve de la part de nos maîtres que nous avons pu cependant convaincre.

C'est qu'aussi il se pose une question délicate. Le massage n'est pas chose facile, surtout quand il s'adresse à des lésions inflammatoires, et nous devons avouer que, à part quelques services où la massothérapie est ce qu'elle doit être, l'œuvre de médecins éclairés et spécialisés, le massage n'est pas appliqué selon les conditions méthodiques exigées pour des résultats qui peuvent convaincre de son efficacité.

Nous ne pouvons que regretter qu'un moyen thérapeutique si efficace devienne nul, sinon dangereux quand il est appliqué par un masseur ou une masseuse dont les connaissances anatomiques, physiologiques et pathologiques sont peu approfondies.

La crainte du massage précoce est alors justifiée.

Nous voudrions donc que le médecin sache que le

massage méthodique, fait par lui, donnera d'excellents résultats, s'il a cependant une certaine expérience des différentes manipulations.

Nous nous efforcerons donc d'établir pour les arthropathies blennorrhagiques qui étaient déjà visées dans la phrase que nous avons citée plus haut, que le massage précoce peut et doit être fait, c'est-à-dire malgré les phénomènes aigus.

Après quelques mots d'historique et de physiologie, nous passerons en revue et discuterons les traitements qu'il est classique d'appliquer aux manifestations articulaires et synoviales blennorrhagiques.

Nous exposerons notre méthode et terminerons par quelques observations.

Nous ne voulons donc pas ici faire un ouvrage didactique. C'est un essai sans prétention que nous demandons à nos maîtres d'accueillir avec bienveillance.

HISTORIQUE

On nous permettra quelques mots d'historique, car nous ne voulons pas ici retracer en grand l'histoire du massage dont déjà Hippocrate disait « que le médecin devait en posséder l'expérience. ».

Nous voulons seulement rappeler que le massage thérapeutique est une science française, dont les règles méthodiques ont été nettement établies par Estradère dès 1863.

« Le massage précoce ne doit pas être confondu avec la gymnastique raisonnée, appelée improprement massage, et connue sous le nom de son auteur, méthode de Ling, hygiéniste suédois qui en a établi les principes, d'après les Anciens, ainsi qu'Estradère l'a bien démontré. Composée surtout d'exercices actifs et passifs, d'appareils mécaniques, elle n'a pour ainsi dire pas recours aux manipulations qui constituent le fond de la méthode française ».

Et nous ne pouvons résister au besoin de citer MM. Forgue et Reclus qui disent en parlant du massage : « Cette pratique si française que les étrangers en ont copié tous les termes, nous est revenue de l'étranger compliquée et inutilement surchargée par Metzger, par With, par Norstrom, par Reibmayr ?

« C'est en effet en France, dit Fège dans son histori-

que, que la réglementation méthodique des manipulations a été formulée par deux praticiens éminents qui ont le plus contribué à l'éclat de cette thérapeutique, je veux dire Estradère et Lucas-Championnière. »

Que l'on nous permette d'ajouter à ces deux noms, celui de notre père, le docteur Joseph Fège, dont la vie entière s'est consacrée à la massothérapie et à qui nous devons d'écrire ce travail.

RÉSUMÉ DE LA PHYSIOLOGIE DU MASSAGE

Les mains qui massent entrent en relation successive-
ment avec :

- le système nerveux ;
- le système vasculaire ;
- le système musculaire et les modifient.

Le massage agit sur la *sensibilité* ; il produit d'abord une hyperesthésie passagère bien vite transformée en anesthésie ; la douleur est abolie. La manipulation correspondant à cette action est l'effleurage superficiel.

Le massage agit sur la *circulation sanguine et lymphatique*. Il produit la résorption. Les épanchements et les œdèmes disparaissent. On emploie l'effleurage superficiel et profond, manuel et digital.

En 1876, parut le travail de Mosengeil sur l'action des manipulations du massage ; il fit des expériences sur la résorption des liquides épanchés dans les articulations. Il injecte dans différents articles d'un lapin, de l'encre de Chine. Il masse certaines articulations, les autres ne sont pas touchées. A l'autopsie, il constate que les articulations massées ne contiennent plus d'encre de Chine. Au-dessus de l'article massé le tissu cellulaire, les capillaires, les lymphatiques, les espaces intermusculaires sont envahis par l'encre. Certains ganglions contiennent des

granulations fines de l'encre. Rien de semblable pour les articulations non massées.

Le massage agit sur la *motricité*.

Il produit la résolution musculaire et la contractilité musculaire. A cet effet correspondent les pressions digitales et manuelles, le pétrissage.

En 1891, Castex, frappé des résultats cliniques obtenus par le massage précoce dans les traumatismes, fournit la démonstration mathématique de l'action physiologique du massage, dans des recherches expérimentales dignes d'être rappelées, parce qu'elles ne permettent plus aucun doute sur l'efficacité du massage immédiat.

« J'ai pratiqué, dit-il, des contusions simples, des contusions aux articulations — des entorses, des luxations et des fractures juxta-articulaires, toujours doubles et symétriques, actionnant dans la même séance l'épaule gauche ou l'épaule droite, la cuisse gauche ou la cuisse droite. Un de ces côtés était massé par un spécialiste, l'autre abandonné sans massage à l'évolution naturelle des lésions. Les effets immédiats consécutifs et éloignés ont été notés presque jour par jour.

« J'ai tenu ces chiens en observation pendant 6 mois au plus, et c'est à la fin ou dans le cours de cette période suivant les cas, que je les ai sacrifiés pour examiner au microscope, muscles, vaisseaux, squelette des parties traumatisées avec ou sans massage, ainsi que les parties correspondantes de la moelle épinière. J'ai de la sorte transporté le massage de la pratique professionnelle courante au laboratoire de physiologie, dans le but d'évaluer le degré de son action, en me dégageant des conditions de nervosisme, de suggestion qui peuvent,

chez l'homme, dénaturer les résultats. On m'accordera bien, en effet, que lorsqu'un chien traumatisé aux deux fesses, massé à droite et non à gauche, boite de la jambe gauche exclusivement, il traduit sans erreur d'interprétation possible, le soulagement que le massage a procuré dans sa fesse droite.

« Je suis heureux de constater, dit-il en terminant, qu'avec des éléments d'étude différents nous arrivons à des conclusions analogues » (1).

Voici ces conclusions :

1° L'effet immédiat du massage a sur le champ réduit les extravasations et diminué le gonflement traumatique ;

2° Les fonctions musculaires sont sauvegardées si on intervient après l'accident ;

3° Le massage n'est pas douloureux et fait disparaître l'élément, douleur résultant des contusions fortes.

Voici d'autre part le résultat de l'examen microscopique des diverses parties ayant subi le massage et de celles qui n'y ont pas été soumises.

« En résumé, le muscle traumatisé et non massé présente une sclérose diffuse avec hypertrophie du tissu conjonctif annexe dans ses diverses parties, hémorragies interstitielles, engorgement des vaisseaux sanguins et hypertrophie de leur tunique.

« Le muscle traumatisé, mais massé, offre son histologie normale. C'est le *restitutio ad integrum*.

« Les vaisseaux sanguins sont normaux dans le muscle

(1) CASTEX fait allusion à une étude de J. FÈGE sur le « massage précoce dans les luxations », publiée dans la *Revue d'Hygiène thérapeutique* en décembre 1890 et janvier 1891.

massé. Dans le muscle non massé, ils offrent une hyperplasie de leur tunique externe.

« Les filets nerveux, normaux dans le muscle massé, présentent dans le muscle non massé, de la périnévrite et de la névrite interstitielle. »

Ceci n'est qu'un résumé schématique car :

« Etudier la physiologie du massage, dit J. Fège, c'est passer en revue toute la physiologie même.

« Il n'est pas un système de l'organisme qui ne soit influencé par ces manipulations diverses et qui n'y subisse des modifications profondes et très variables. »

Nous nous proposons, dans un chapitre consacré à la technique de la séance de massage pour arthropathie blennorrhagique, de revenir sur certains points et d'essayer de faire comprendre les différentes étapes qui se produisent dans un traitement par le massage, de faire en quelque sorte la *posologie* de la massothérapie.

Cependant ce schéma physiologique nous fait déjà concevoir que recourir au massage précoce, c'est-à-dire en pleine période aiguë et même dès son début, sera le moyen unique de satisfaire à toutes les exigences d'un traitement idéal des arthropathies aiguës, et en particulier des arthropathies blennorrhagiques qui nous occupent.

Par conséquent ceci nous conduit logiquement à masser dès l'installation des complications articulaires ou synoviales de la blennorrhagie, dès le début des manifestations inflammatoires ; c'est donc courir la chance de prévenir la suppuration très rare, exceptionnelle, et qui ne survient généralement que s'il y a association d'un microbe pyogène avec le gonocoque de Neisser, c'est surtout apaiser les phénomènes, les domi-

ner et supprimer les conséquences désastreuses de la blennorrhagie articulaire, nous voulons dire l'ankylose, qui est la règle. Et pourquoi ne serait-ce pas là la vérité? Le massage n'est-il pas un anesthésiant et alors ne sera-t-il pas efficace contre la douleur si vive du rhumatisme gonococcique.

L'hyperesthésie du début peut être très supportable en prenant quelque soin au début de l'effleurage qui bientôt endort le mal, comme disent les malades qui ne pouvaient supporter, quelques minutes avant, le simple frôlement du drap.

Et cet effet est durable; la douleur s'atténue et demeure très supportable pendant l'intervalle des massages.

L'action sur le *système vasculaire* ne nous fournit-elle pas, elle aussi, le moyen de convaincre de la nécessité du massage précoce. Le massage active la circulation; il produit une hyperhémie, mais spéciale, ce n'est pas du tout l'hyperhémie passive de la bande élastique; c'est une hyperhémie agissante. Il se produit, par action vasomotrice réflexe et par capillarité, une sorte d'appel des parties susjacentes où la circulation est normale, où les tissus sont perméables physiologiquement; il y a une véritable chasse des exsudations par perméabilisation secondaire des tissus pathologiques. Et le résultat est la résorption rapide de l'infiltration qui encombrait les tissus.

Plus on arrive tôt, plus on masse dès le début, plus on a sous la main des tissus moins anormaux, plus rapprochés de l'état sain et par conséquent on aura plus de facilité à leur permettre de résister au processus pathologique. Par le massage précoce, on empêchera

l'organisation des infiltrats et l'on sait que dans la blennorrhagie cette organisation est fibreuse. On prévient donc l'ankylose.

On prévient toute suite fâcheuse puisque l'on défendra les cellules contre l'envahissement morbide. Et l'on comprend que l'intervention immédiate dans ces conditions puisse faire avorter les manifestations inflammatoires, dès leur éclosion.

Pourquoi, en effet, ne pas agir comme dans un traumatisme ? Une entorse, par exemple, est massée immédiatement. Cela est indiqué et se fait couramment aujourd'hui. Or, que se passe-t-il ? Nous ne pouvons pas mieux le dire que J. Fège :

« Un malade atteint d'entorse se présente à nous avec un ensemble de symptômes que nous pouvons résumer : gonflement de la région traumatisée, rougeur, chaleur, ecchymose et douleur. L'organe lésé ne peut plus servir à ses usages, sa forme, sa sensibilité, son attitude, sa fonction, tout est troublé. Le massage est institué immédiatement. Tout d'abord, sous l'influence des premiers attouchements (effleurage superficiel) la sensibilité paraît s'exagérer, je ne dis pas douleur, car la manipulation en elle-même ne peut et ne doit provoquer aucune douleur. Mais à mesure que l'effleurage agit sur cette surface traumatisée, l'anesthésie se produit. On constate que peu à peu la main s'appesantit pour ainsi dire sur la région et qu'à partir d'un certain moment, c'est impunément qu'on peut l'explorer et la manier. En même temps que cette douleur si vive, existant spontanément, s'est atténuée d'abord, pour disparaître ensuite complètement, une détente s'est

manifestée dans les tissus sous-jacents ; le tégument tendu plus ou moins se laisse déprimer sous les doigts. Un autre phénomène se passant du côté de la température de la région s'observe également.

« En général, la sensation de brûlure intense que ressentent les malades disparaît, au bout de quelques instants, une sorte de fraîcheur est ressentie par eux et leur procure un bien-être qui est constaté dans tous les cas ; bientôt après, les phénomènes ci-dessus s'accroissant, et la manipulation enfin pouvant s'adresser au système musculaire jusqu'alors rendu impuissant, on constate que spontanément les mouvements reviennent et il semble alors que l'organe a recouvré tout ce qu'il avait perdu.

« Si nous reprenons ce tableau, nous voyons que le massage précoce a agi sur le système nerveux de la région en l'anesthésiant, sur la circulation en l'activant et en hâtant la résorption de l'épanchement quelconque, cause du gonflement, de la tuméfaction ; a régularisé la température locale probablement par cette action, ou réflexe sur l'activité circulatoire, ou mécanique en supprimant la stase des liquides et enfin a réveillé la contractilité musculaire un moment enrayée par le traumatisme ou rendue impuissante par les obstacles mêmes qui s'opposaient à son action.

« Tels sont les effets immédiats du massage sur le traumatisme récent. Mais la force agissante est le plus souvent disproportionnée avec la résistance de la région atteinte ; cette première intervention de la défense interrompt, l'organe, livré à ses propres moyens, subit

bientôt un retour offensif, et la douleur, le gonflement, l'épuisement nerveux et musculaire se reproduisent, mais déjà avec une modification appréciable et un certain degré d'atténuation. Après un certain temps, on se retrouve en présence des phénomènes primitifs d'où nécessité d'une nouvelle intervention qui se poursuit jusqu'à la disparition des divers troubles observés.

« On conçoit que si le massage favorise d'une part la résorption des liquides épanchés en activant la circulation, d'autre part, la nutrition générale est en même temps entretenue dans de meilleures conditions et au grand avantage de tous les systèmes composant l'organe.

« Est-il besoin de démontrer l'importance de l'entretien de cette nutrition ? Particulièrement pour l'appareil musculaire, n'est-ce point capital ? Est-ce qu'un muscle qui, pour une raison quelconque, ne fonctionne pas, ne s'atrophie pas ? »

Ce long passage ne peut-il s'appliquer à l'arthropathie blennorrhagique. Rien ne s'y oppose maintenant. La nécessité du massage précoce dans les arthrites blennorrhagiques nous paraît donc bien établie par le raisonnement, par la physiologie, et confirmée par les faits que nous apportons.

REVUE DES TRAITEMENTS ACTUELS ET DISCUSSION

Afin de nous assurer que nous faisons ici un essai profitable aux malades en proposant de masser précocement les arthrites blennorrhagiques, qu'on nous permette de passer en revue les différents traitements locaux employés jusqu'à ce jour.

Nous nous sommes adressé au *Nouveau traité de Chirurgie* Le Dentu-Delbet, dont l'édition des maladies des articulations où se trouvent exposés les arthropathies blennorrhagiques et leur traitement, est assez récente, datant de 1909, pour que nous ayons de grandes chances d'y trouver les moyens les plus modernes et les plus efficaces.

De la lecture de ce chapitre, il résulte que la blennorrhagie articulaire est une affection grave au point de vue de la fonction ultérieure du membre atteint. De plus, l'unité thérapeutique n'existe pas ; chaque forme a son traitement ; il n'y a pas de spécifique contre les manifestations articulaires si ce n'est l'immobilisation et nous croyons que ce n'est pas là une thérapeutique idéale.

« C'est un traitement long et délicat que celui des arthrites blennorrhagiques ; mais je n'hésite pas à dire qu'on en peut obtenir les résultats les plus consolants à condition d'apporter à cette cure ingrate du temps, de la douceur, de suivre avec sollicitude la marche de la

maladie, d'en chercher et saisir les indications, de ne pas se laisser rebuter par ces malades que la douleur rend pusillanimes, nerveux et acariâtres. Si l'on se contente de les mettre dans des appareils et de les oublier pendant des semaines, on n'arrivera point à restaurer les jointures profondément atteintes (1) ».

Pour l'arthralgie, forme bénigne, synovite à caractère subaigu, sans grande douleur, ni gonflement, sans impotence véritable, il est conseillé d'immobiliser en bonne position et dans une gouttière. C'est une sage conduite ; mais quelque peu inactive.

Ici le massage précoce serait d'une efficacité plus grande et plus rapide que « les révulsifs et les liniments calmants, les vésicatoires volants pansés antiseptiquement, les pointes de feu qui sont quelquefois ordonnés » mais sans grand résultat.

Rappelons que l'arthralgie est souvent un phénomène précurseur d'une des formes plus sérieuses. Nous avons eu plusieurs malades qui atteints d'arthralgie ont vu, après sa guérison apparente, survenir une polyarthrite subaiguë ou une monoarthrite aiguë. Et cependant ils avaient été immobilisés ; ils avaient eu un traitement.

Nous pensons que massés dès leur arthralgie, les malades n'auraient pas été atteints, quelque temps après, d'autres manifestations plus graves.

D'ailleurs, l'intensité des phénomènes n'est pas telle que l'on ne puisse concevoir ici l'intervention précoce si on veut bien se rappeler ce que nous avons dit au chapitre précédent.

(1) MORESTIN, *Chirurgie générale des articulations*, p. 169.

Ainsi nous n'aurions pas à traiter l'hydarthrose blennorrhagique aiguë qui fait suite à une synovite subaiguë bénigne.

Nous avons ici des symptômes inflammatoires. Là il y a de l'impotence qui donne lieu à une attitude vicieuse.

« L'évolution est lente, l'épanchement est tenace, récidivant. . . L'affection passe souvent à l'état chronique et dure des mois. Des poussées d'arthrite aiguë peuvent se greffer sur cette arthrite exsudative, et l'hydarthrose récidive rapidement (1). »

Cette forme est plus sérieuse, et cependant le traitement proposé est bien souvent impuissant à la guérir à tout jamais.

C'est encore l'immobilisation en bonne position, mais dans un appareil plâtré et les révulsifs qui sont institués.

« La compression donne aussi dans ces cas de bons résultats (2) ». On emploie la méthode de Delorme, c'est-à-dire qu'un « bandage roulé de Baudens est d'abord appliqué sur le membre ; puis un rouleau très régulier d'ouate est appliqué en fer à cheval sur les culs-de-sac synoviaux ; il est fixé par une série de tours de bande très serrés. Les jours suivants l'appareil est serré de nouveau. L'appareil total n'est enlevé qu'au bout de 9 jours pour une hydarthrose aiguë et 15 jours pour une hydarthrose chronique.

Les résultats de cette méthode sont excellents si l'appareil est fait avec soin (3) ».

(1) MAUCLAIRE, *Maladies des articulations*, p. 118. *Nouveau traité de Chirurgie*.

(2) *Id.*, *Ibid.*, p. 127.

(3) MAUCLAIRE, *loc. cit.*, p. 10.

Nous ne croyons pas que la compression soit aussi efficace. C'est un moyen de produire la résorption de l'épanchement sans guérir l'articulation malade. Nous ferons remarquer d'ailleurs que « le massage peut agir comme une compression, par ses pressions manuelles, provenant d'une force active, vivante elle aussi comme les tissus sur lesquels elle agit ; le refoulement des liquides, des matières épanchées se fait quand l'anesthésie a été produite par l'effleurage, et dans des conditions telles que les zones périphériques, où doit s'opérer la résorption facile à travers les régions les moins encombrées, soient perméables et toutes préparées à recevoir ce surcroît d'apport d'éléments. Tout autre est cette action de la précédente ; aussi les effets en sont-ils bien différents. On peut dire qu'en effet si une compression s'exerce et est nécessaire, c'est celle que produit le massage, celui-ci étant le mode de compression passagère le mieux approprié aux traumatismes ainsi traités » et à toutes les réactions inflammatoires, telles que celles produites par la blennorrhagie articulaire. Si l'on fait marcher le malade, s'il s'agit du genou, 9 jours, 15 jours ou un mois après la compression seule, l'épanchement se reproduira, parce que l'état des tissus n'a été aucunement modifié, nous pourrions dire s'est aggravé du fait de l'immobilité et de la compression.

Nous ne trouvons pas non plus qu'immobiliser en bonne position dans un appareil plâtré soit un mode de traitement parfait.

« Certes, il faut reconnaître, dit J. Fège, que l'immobilisation fait naturellement partie du traitement que nous préconisons... Malgré l'intervention précoce, l'ensemble des premiers soins comprend l'immobilité.

« Cette immobilisation ne constitue qu'un moyen transitoire, que le massage précoce fait rapidement disparaître, et qu'il est nécessaire, pour la réussite finale, de supprimer.

« Tout doit tendre dans ce traitement à restituer le plus rapidement possible, dans le délai le plus court, les fonctions suspendues momentanément, et cela est tellement vrai, qu'ainsi que nous l'avons vu, le massage seul ne peut suffire sans s'adjoindre des mouvements.

« Mais si le massage seul dans les mouvements ou réciproquement, constitue un moyen incomplet, l'immobilisation simple, le repos seul sont impuissants à accomplir cette restitution...

« La physiologie nous apprend que l'arrêt du fonctionnement des muscles, des os, provoque l'atrophie. Les articulations sont faites pour se mouvoir au moyen des muscles ; si celles-là sont immobilisées, les muscles sont privés de leur nutrition normale, même par l'absence simple de l'exercice, à plus forte raison, par une inflammation traumatique ou autre ».

On immobilise dans un appareil plâtré non pour guérir l'hydarthrose aiguë, car ce n'est pas guérir qu'ankyloser, mais pour éviter les attitudes vicieuses qui pourraient se produire ; il est évident qu'il vaut mieux avoir un genou ankylosé en extension qu'en flexion, mais il est préférable encore de n'être pas ankylosé et puisque l'on peut l'éviter, pourquoi le chercher systématiquement.

D'autre part, si vous mettez un appareil plâtré, comment s'occuper de l'état de l'article, car l'emploi des révulsifs ne modifie en rien les tissus et n'a aucune

influence sur l'évolution ankylosante. La révulsion « ajoute aux douleurs et compromet des téguments déjà infiltrés par l'inflammation (1) ».

Voici donc un mode de traitement de l'arthrite blennorrhagique aiguë avec épanchement qui ne répond pas à la définition que donnent Littré et Robin du traitement qui est « l'ensemble des précautions prises, des médicaments employés, des pratiques auxquelles on a recours pour déterminer ou hâter la guérison d'une maladie, diminuer le danger dont elle menace, calmer les souffrances qu'elle occasionne, atténuer ou dissiper les suites qu'elle peut entraîner ».

Nous espérons satisfaire à cette définition en appliquant la méthode du Dr J. Fège. Quant à l'hydarthrose chronique d'emblée, elle tendra à être plus rare si on applique cette méthode.

Marc Sée, Duplay, ont recommandé la compression avec la bande élastique. Nous avons vu au chapitre de la physiologie qu'elle produisait l'hyperhémie passive par opposition à l'hyperhémie active du massage qui lui est supérieure. Nous acceptons que par l'immobilité, l'application de la bande élastique implique l'immobilisation, il y ait lentement résorption de l'épanchement. Mais celui-ci disparu, il se reproduira à la marche, à la fatigue de l'articulation dont la synoviale n'a été aucunement modifiée, dont les muscles sont atrophiés, mal nourris. Le malade se sert de son article une semaine et de nouveau il y a impotence, de nouveau épanchement ; de nouveau application des mêmes moyens.

(1) MORESTIN, *loc. cit.*, p. 187.

Guérison apparente et reproduction du liquide trois semaines après. C'est l'hydarthrose récidivante.

Traitée dès le début et aussi à n'importe quel moment de son évolution, par le massage, elle doit guérir, c'est-à-dire que les tissus modifiés par les manipulations seront aptes à remplir leur fonction.

Voyons encore ce que l'on préconise lorsque l'épanchement persiste. Gosselin indique la ponction. Mais modifiera-t-elle les tissus et le liquide ne pourra-t-il pas se reproduire dans la suite? Nous ne parlons pas d'infection, car à l'heure actuelle, il est entendu que l'on doit faire aseptiquement une ponction articulaire.

Schede fait suivre la ponction de lavage antiseptique intra-articulaire. Rendu (1) injecte 5 à 6 centigr. de sublimé au 1/4,000^e.

Nous ne pouvons que formuler les mêmes critiques et dire que l'hydarthrose chronique d'emblée se trouverait bien de la massothérapie.

L'arthrotomie (2) précoce suivie d'un badigeonnage de la synoviale au chlorure de zinc supprime la douleur et prévient l'ankylose. Sur 45 cas, on note 43 guérisons complètes avec retour des mouvements articulaires et 2 insuccès pour 2 cas d'arthropathie du poignet (3). Nous devons nous incliner devant les résultats obtenus.

Cependant voici quelques remarques qui nous ont

(1) RENDU, *Société médicale des Hôpitaux*, 1893; — PHILIPPI, thèse de Paris, 1893; — GALLIARD, *Société médicale*, 1905; — F. GUYOT, thèse de Paris, 1906; — MONGOUR, *Bull. méd.*, 1907, p. 391.

(2) THIERY, *Soc. anat.*, 1892; — WALTHER in CHRISTEN, thèse de Paris, 1893; — HOPENHENDLER, thèse de Paris, 1894; — LASALLE et TÉNÉDAT, *Montpellier méd.*, 1894; — SPENCER, *Sem. méd.*, 1894.

(3) BRÈS, thèse de Paris, 1897.

paru fort justes et que nous ne pouvons nous dispenser de citer ici :

« L'incision de la synoviale n'évacue que fort peu de chose ; la synoviale est infiltrée dans toute son épaisseur, et souvent le tissu cellulaire sous-synovial l'est aussi.

« Qu'on remarque d'ailleurs que les microbes sont ici peu nombreux et qu'ils ne demandent qu'à se détruire et à disparaître d'eux-mêmes, laissant seulement des traces d'ailleurs durables de leur passage.

« Les substances employées pour détruire les microbes sont moins nuisibles pour ceux-ci qu'aux tissus.

« Pour l'épaule, la hanche, ce sont de véritables interventions et l'on peut hésiter à entreprendre des opérations sérieuses contre une arthrite blennorrhagique simple dont le pronostic ne menace pas la vie, et après lesquelles il n'est pas démontré que l'avenir du membre soit beaucoup meilleur » (1).

Nous ne pensons donc pas « que la durée du traitement ait été plus courte » (2) et que l'efficacité de l'arthrotomie soit plus grande que celle du massage.

Nous en arrivons maintenant au traitement de la polyarthrite subaiguë « forme bénigne la plus commune du pleudo-rhumatisme blennorrhagique, forme oligo-articulaire, présentant une grande fixité dans ses localisations, disparaissant très lentement en laissant le plus souvent des traces de son passage. La résolution définitive est lente à se faire, et il persiste souvent des adhérences fibreuses donnant lieu à des raideurs articu-

(1) MORESTIN, *loc. cit.*, p. 190-191.

(2) MAUCLAIRE, *loc. cit.*, p. 128.

lares de l'ankylose ; celle-ci est très fréquente dans les petites articulations. L'atrophie musculaire est rapide, intense et rebelle aux différentes méthodes de traitement » (1).

A ce processus pathologique qu'oppose-t-on ? Si l'épanchement est peu abondant on indique l'immobilisation en bonne position, les révulsifs, le massage et l'électrisation musculaire. Nous savons ce qu'il faut penser de l'immobilisation simple, des révulsifs. L'électrisation musculaire est utile, mais pas nécessaire, surtout si l'on emploie le massage qui n'est pas proscrit dans ce cas :

Si l'épanchement est abondant et persistant, on propose l'arthrotomie ou la stase veineuse de Bier qui donnerait de bons résultats (2).

Pour nous, quand l'épanchement est abondant, il doit se résorber si l'on emploie le massage et dans ce cas, il ne sera pas persistant. Mais nous pensons qu'en parlant de massage, on ne sait pas ce qu'il est en réalité et il ne semble pas alors plus efficace qu'un autre mode thérapeutique. Cependant nous constatons avec plaisir qu'il est indiqué.

Nous ne dirons ici rien de plus pour le traitement de la polyarthrite subaiguë, puisque on nous propose les mêmes moyens pour la monoarthrite aiguë.

« Cette forme grave est souvent une périarthrite phlegmoneuse. Il y a souvent une période prodromique constituée par des arthralgies multiples pluri-articulaires ;

(1) MAUCLAIRE, p. 119.

(2) HIRSCH, *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1905, n° 39.

puis caractérisant le début de la période d'état, survient brusquement une douleur très vive, tenace, plus marquée la nuit que le jour, se calmant peu par le repos, insupportable au moindre mouvement. La pression est douloureuse. Cette douleur soit spontanée, soit provoquée, est remarquable par son acuité et par sa persistance. Le gonflement est très marqué et occupe aussi et surtout les parties molles péri-articulaires, qui se dépriment en godets sous la pression digitale. La peau est rouge, chaude, œdémateuse... Il y a de la contracture musculaire... L'impotence fonctionnelle est absolue... La température locale et la température générale sont élevées; l'insomnie est la règle... Le plus souvent l'épanchement est peu abondant, il est louche, pyoïde, véritablement inflammatoire... Le membre prend bientôt une attitude vicieuse, qui a une grande importance au point de vue du pronostic fonctionnel ultérieur, car souvent elle persiste » (1).

Telle se présente la monoarthrite aiguë. On la traite également par l'immobilisation en bonne position dans un appareil plâtré « et ce qu'il est important à signaler dans le traitement de cette forme comme des précédentes, c'est l'importance du massage, de la mobilisation articulaire et de l'électrisation musculaire, *dès que les symptômes aigus sont disparus* » (2).

Nous sommes heureux qu'on reconnaisse l'importance du massage, mais hélas ! on s'empresse bien vite de la diminuer par cette restriction : *dès que les symptômes aigus sont disparus*.

(1) MAUCLAIRE, *loc. cit.*, p. 120.

(2) MAUCLAIRE, *loc. cit.*, p. 128.

Qu'on nous permette de rejeter la discussion plus loin et d'en finir avec la revue thérapeutique, par le traitement des formes plastiques, ankylosantes sans épanchement, des formes noueuses. Ce sont les reliquats de la monoarthrite aiguë qui a revêtu un caractère de chronicité. « L'épanchement articulaire qui, en général, était peu abondant, se résorbe, les ligaments se rétractent, le cartilage et les extrémités osseuses augmentés de volume s'allèrent, se gonflent : des exsudats fibrineux se forment dans l'articulation. Des atrophies musculaires rebelles, des mouvements de latéralité anormaux contribuent à augmenter l'impotence du membre, et une ankylose plus ou moins complète se produit, c'est l'arthrite plastique ankylosante de Brande, Gosselin, Nicaise, etc. . . ou l'arthrite plastique dislocante, si les phénomènes destructifs ont été prépondérants. La résolution complète est donc exceptionnelle, car l'atrophie musculaire est très tenace et persiste souvent malgré le traitement » (1).

Ce tableau des suites trop souvent réalisées de la mono-arthrite aiguë serait beaucoup moins sombre ou mieux réduit à néant (2) si le massage était institué pendant la période aiguë de cette synovite grave. Pour cette forme ankylosante, on indique l'iodure de potassium, le sulfate de quinine, les injections sous-cutanées de sublimé. Mais le meilleur traitement pour éviter les désastres de la terminaison de la forme ankylosante, c'est : « la mobilisation précoce dès que la phase aiguë

(1) MAUCLAIRE, *loc. cit.*, p. 120-121.

(2) Voir obs. VIII.

est passée, et le massage, joint à l'électrisation des muscles, diminuera autant que possible cette tendance à l'ankylose ; quand celle-ci est définitive, il faudra recourir à la résection orthopédique » (1).

Ici nous comprenons très bien que l'on fasse une restriction et que l'on dise : « Mobilisation précoce dès que la phase aiguë est passée ». Car la mobilisation est douloureuse en période aiguë.

Mais nous avons vu l'effet analgésique du massage précoce ; donc massage précoce, et la mobilisation précoce sera supportable.

Quant à la pyarthrite blennorrhagique qui peut être l'aboutissant d'une mono-arthrite, nous ne pouvons ici discuter l'arthrotomie qui est le seul moyen thérapeutique.

En dehors des pyarthroses, nous pourrions instituer le massage précoce à toutes les formes des manifestations articulaires et synoviales de la blennorrhagie. Or « si l'arthrite blennorrhagique est une affection grave par ses conséquences, il est remarquable qu'elle n'a généralement aucune tendance à la suppuration. Elle est essentiellement plastique et ankylosante. Cependant l'arthrite suppurée s'observe parfois, très rarement ! » (2)

L'arthrite blennorrhagique est une arthrite spéciale dans la pathologie, car son microbe a une réaction spéciale.

Un fait est certain, c'est qu'il n'y a généralement pas de suppuration gonococcique primitive. Le gonocoque

(1) MAUCLAIRE, *loc. cit.*, p. 129.

(2) MORESTIN, *loc. cit.*, p. 164.

produit le pus quand il est associé ; sa caractéristique est de déterminer une exsudation abondante particulière ; il y a surproduction de fibrine. Dans une articulation envahie par le processus inflammatoire dû au microcoque de Neisser, il ne se produit de la suppuration que s'il y a infection secondaire, soit dans l'urétrite, soit souvent par ponction suspecte.

Le danger dans une arthrite blennorrhagique n'est donc pas le pus, mais l'exsudation fibrineuse qui est intense et sa déplorable tendance à s'organiser.

Et que fait-on actuellement ? Sinon d'en faciliter l'organisation ? Au lieu de combattre cette tendance, au lieu de prévenir l'ankylose, on cherche par l'immobilisation à faire prendre cette exsudation fibrineuse, à en faire un ciment qui ne cédera plus. On ankylose systématiquement.

Pourquoi donc ? C'est qu'il n'y a aucun moyen d'empêcher cette ankylose ; on ne peut que lui permettre de se produire dans de bonnes conditions. Mais si bonnes soient-elles, nous pensons qu'avoir le libre jeu de son articulation est encore mieux !

Le massage est un moyen efficace de lutter contre l'ankylose. Il est admis de masser les ankyloses. Les résultats sont lents, difficiles et souvent imparfaits.

Prévenir l'ankylose serait donc préférable.

Comment ? Par le massage. Oui, mais à quel moment masser pour ne pas réveiller les phénomènes aigus. Voilà la crainte : *les phénomènes aigus*. Eh bien ! qu'on nous laisse dire ici que, si l'on masse une articulation refroidie et déjà ankylosée, *la seule condition* pour lutter efficacement contre l'ankylose, c'est que, sous l'influence

des manipulations, il se produise une réaction des tissus, une phase *subaiguë*, même *aiguë*, où il y aura gonflement, douleur, chaleur.

Cette phase aiguë est *l'indice de perméabilisation* des tissus sans laquelle on ne peut obtenir leur assouplissement qui permettra de mobiliser l'article.

Etant donné ceci, qui est un fait clinique indéniable, quel temps précieux on a perdu puisqu'il faut produire une phase subaiguë ou même aiguë pour être assuré que l'ankylose sera traitée avec chance de succès. Quel temps on a perdu ! puisque, à un moment de l'évolution de la maladie, à son début, il y avait des phénomènes subaigus ou aigus, qu'on n'avait qu'à apaiser pour arrêter la tendance à la plasticité, pour prévenir l'ankylose. A ce moment, logiquement, en instituant le massage précoce, il ne doit pas se produire d'organisation, d'ankylose, puisque pour la chasser, on est obligé de produire une phase aiguë.

D'où notre idée, déjà formulée par J. Fège et appliquée par lui, il y a vingt ans, de masser précocement, voire immédiatement. Comment se fait-il qu'elle ne soit pas déjà depuis longtemps répandue et mise en pratique. C'est, dit-on, que des manipulations sur des tissus en processus inflammatoire, que le massage sur une articulation pathologique, peuvent amener la suppuration.

Jamais nous n'avons constaté ce fait. Le massage thérapeutique, tel que nous le décrivons, ne transformera pas une hydarthrose aiguë blennorrhagique en pyarthrose.

Nous avons vu que ce n'était pas l'évolution spontanée de la blennorrhagie articulaire, que cette évolution

spontanée était l'exsudation fibrineuse tendant à l'organisation.

Connaissant bien l'action du massage sur les exsudations, il est logique de l'appliquer contre les exsudations, fussent-elles blennorrhagiques.

Par conséquent, nous masserons toutes les arthrites blennorrhagiques dès le début, *en pleine période aiguë* nous chercherons à faire résorber les exsudations et non à les laisser s'organiser. Notre tâche sera d'autant plus facile que nous aurons commencé précocement et nous rayons des conséquences de la blennorrhagie articulaire l'ankylose comme moyen de traitement. Notre malade, traité par le massage méthodique précoce pourra se servir de son articulation.

Il nous faut, avant de quitter ce chapitre, parler de ce qui est encore préconisé dans les traités médicaux, tel que le *Nouveau traité de médecine* Brouardel-Gilbert-Thoinot. On peut donner des médicaments internes, tel le salicylate de soude à fortes doses et ses succédanés.

Ce traitement ne change en rien l'arthrite, il atténue la douleur.

Les narcotiques sont plus ou moins efficaces contre la douleur. Nous verrons qu'avec le massage précoce, on peut supprimer leur emploi, et personne ne contestera qu'il y a là un avantage appréciable.

Les bains térébenthinés donnent de bons résultats.

Les injections locales de salicylate de soude sont aussi préconisées. Nous avons vu une malade traitée ainsi pour une synovite blennorrhagique du cou de pied.

La malade est restée une quinzaine de jours à l'hôpital. Nous sommes assurés qu'elle aurait pu le quitter, grâce

au massage, dans les cinq ou six jours. Nous pensons donc que l'injection locale est insuffisante.

Des essais de vaccinothérapie et de sérothérapie ont été tentés. Il serait à souhaiter que de telles méthodes soient efficaces. Nous avons vu des malades soignés en médecine par la méthode des vaccins de Wright, et passés en chirurgie pour être mobilisés (1), car il y avait ankylose et pas en bonne position.

L'air chaud (2) a donné d'excellents résultats ; il supprime la douleur et produit la résorption assez rapidement ; il n'empêche pas l'atrophie musculaire et on doit lui adjoindre le massage.

Les appareils et toiles radifères à sels collés furent appliqués sur des arthrites gonococciques ; ce sont des essais louables.

« Il existe une correspondance directe au point de vue topographique entre l'application des appareils et l'analgésie. C'est ainsi qu'on peut analgésier complètement la moitié d'une articulation comme le genou, l'autre moitié restant douloureuse » (3).

Par le massage, on anesthésie toute l'articulation au même degré. De plus, il faut certaines précautions dans l'application du radium qui peut être dangereux s'il passe des rayons α qui produisent des brûlures.

Les boues radio-actives ou boues actinifères en pense-

(1) C. MAININI, Action du vaccin gonococcique sur les arthrites à gonocoques. *Presse méd.*, 1909, N° 5.

(2) GRUNSPAN et FAROY, Traitement des complications articulaires de la blennorrhagie par l'air chaud. *Gazette des Hôp.*, 1910, N° 26.

(3) DOMINICI et GY, De l'application du radium au traitement du rhumatisme blennorrhagique. *La Clinique*, 1908, N° 4.

ment atténuent la douleur après trois ou quatre applications, en trois ou quatre jours. Mais elles produisent de l'érythème, ce qui oblige à interrompre le traitement et alors la sédation de la douleur est un peu tardive. Il faut répéter assez longtemps le traitement pour avoir un résultat plus ou moins définitif. Il n'y a pas davantage à employer ce traitement. Le massage agit plus rapidement.

On a enfin proposé l'injection péri-articulaire ou intra-articulaire de sels insolubles de radium (1) ; c'est la méthode de choix dans les traitements radio-actifs. La douleur cède rapidement, ce qui permet la mobilisation. Mais les injections sont douloureuses. Les observations sont intéressantes. Nous en notons une, où un malade traité par cette méthode le 9 mars 1910, sort de l'hôpital le 20 avril, soit une cinquantaine de jours. Nous montrerons que le massage a donné des résultats plus rapides.

Tout récemment, on a proposé le traitement électrique de l'arthrite blennorrhagique (2) ; théoriquement, il nous paraît être parfait. Cependant, quoique l'auteur en dise, on peut dans la période aiguë faire des manipulations de massage et nous pensons que celui-ci agit encore plus rapidement et plus sûrement.

Nous reconnaissons qu'il est peut-être plus délicat d'appliquer le massage selon les règles que de placer

(1) L. CHEVRIER, Traitement du rhumatisme blennorrhagique par les injections intra-articulaires ou péri-articulaires de sels insolubles de radium. *Gaz. Hôp.*, 1910, N° 56.

(2) P.-Ch. PETIT, Le traitement électrique de l'arthrite blennorrhagique. *Tribune méd.*, N° 38, 17 septembre 1910.

deux électrodes convenablement ; mais ce n'est pas là ce qui peut lui enlever sa valeur.

Nous citons tous ces traitements pour être complet et impartial.

Avec le massage, nous n'agissons pas en aveugle. Il y a un contrôle incessant que les doigts exercent sur l'état des tissus et le degré de leur réaction.

Tout ce que nous savons maintenant du massage répond aux conditions exigées d'un traitement : « Sécurité dans son application, car jamais nous n'avons vu d'accidents imputables aux manipulations exécutées méthodiquement et dans les conditions que nous avons exposées : technique sûre, effets toujours les mêmes, constants dans tous les cas auxquels le massage précoce est appliqué : tout concourt au même but.

Nous ne croyons pouvoir trouver réunis dans une méthode de traitement un plus grand nombre de facteurs comme garantie de l'efficacité.

Le massage est une méthode de choix à préférer aux autres modes de traitement encore à l'heure actuelle en honneur dans la cure » des arthropathies blennorrhagiques.

MÉTHODE PROPOSÉE. — LA MASSOTHÉRAPIE PRÉCOCE.

Ainsi « l'arthrite blennorrhagique aiguë typique est toujours une maladie grave pour l'avenir du membre.

« Nous avons vu que la maladie, passée la période inflammatoire, entrait dans une phase torpide, désespérante par sa longue durée. Les tentatives de mobilisation amènent des retours offensifs, la maladie abandonnée à son évolution spontanée conduit à l'ankylose. Entre ces deux écueils la route est difficile ; le temps passe et la maladie ne finit point de guérir. C'est par mois qu'il faut trop souvent chiffrer sa durée. Enfin, les douleurs diminuent et cessent ; les tissus deviennent plus souples et l'on peut connaître exactement ce que la maladie a laissé de mouvements. Parfois l'ankylose est complète. On peut assurer que cette terminaison est très fréquente chez les individus qui n'ont pas été soignés ou l'ont été négligemment ; qu'elle survient parfois en dépit des meilleurs soins... Chez d'autres plus heureux, l'ankylose est incomplète et les surfaces articulaires sont susceptibles de certains déplacements.

« Si restreinte qu'en soit la mesure, on peut fonder là-dessus quelque espoir pour l'avenir. On peut attendre beaucoup de l'exercice, de la mobilisation spontanée ou

chirurgicale, si le sujet est jeune, énergique, désireux de guérir. Il y a à cet égard une grande différence entre le malade pusillanime et douillet, et celui qui est courageux et patient. On arrive avec le temps chez ces derniers à augmenter dans les proportions considérables l'amplitude des mouvements. Quoi qu'il en soit, il persiste chez un grand nombre de sujets des raideurs définitives qui diminuent beaucoup la valeur d'un membre.

« L'ankylose n'est pas la seule terminaison fâcheuse.

« Il arrive encore que la jointure, tout en gardant ses mouvements et en reprenant son apparence normale, conserve quelques craquements. C'est le début d'une arthrite sèche qui évoluera et augmentera avec le temps.

« Il est enfin des articulations qui guérissent mais restent pendant longtemps douloureuses, sans parler de l'impotence prolongée qui résulte chez beaucoup de ces malades de l'atrophie musculaire.

« Au pied, les douleurs peuvent s'éterniser et donner naissance à la contracture de certains muscles. C'est une variété de tarsalgie particulièrement rebelle, dont les conséquences sont désastreuses quand il s'agit d'ouvriers, de jeunes soldats, de pauvres gens obligés de travailler debout et de marcher.

« On le voit, les formes graves du rhumatisme blennorrhagique laissent presque toujours quelques traces permanentes de leur passage et parfois de pénibles infirmités.

« Mais même avec le retour apparent à l'état normal, il semble que l'articulation demeure chez certains sujets

un lieu de moindre résistance au point de vue des infections blennorrhagiques ultérieures.

« Il faut noter enfin que parfois la tuberculose vient se greffer sur ces articulations touchées et affaiblies par la blennorrhagie (1). »

Nous avons rapporté ce long passage parce qu'il dépeint mieux que nous n'aurions pu le faire, la marche, le pronostic et les conséquences du rhumatisme blennorrhagique qui a même été soigné. Pour proposer un traitement, il est nécessaire de connaître auparavant toutes les modalités de la maladie, de savoir ce qu'elle laissera après elle. La blennorrhagie articulaire est très pénible pendant son évolution et aussi redoutable par ses séquelles.

Pendant son évolution, c'est la douleur, c'est l'impotence fonctionnelle ; c'est le gonflement péri-articulaire et articulaire ; c'est la phlegmasie. Ensuite, ce sont les attitudes vicieuses, les raideurs, les douleurs, l'ankylose.

Ce qu'il faut, c'est lutter contre ces phénomènes ; c'est surtout atténuer la douleur pour permettre la mobilisation, c'est obtenir la résolution et la résorption pour éviter la fibrose et les raideurs.

Nous avons vu qu'à chaque forme, le traitement pouvait varier. Mais ce que nous voyons être préconisé comme entité thérapeutique, c'est l'immobilisation en bonne position dans une gouttière ou dans un appareil plâtré ; ce qui répond à deux besoins : diminuer la douleur et empêcher les attitudes vicieuses.

Nous savons que malheureusement cette immobilité

(1) MORESTIN, *loc. cit.*, p. 169, 170, 171.

favorise l'organisation qui aboutit à l'ankylose, envisagée comme la guérison, et n'abolit pas les points douloureux profonds.

Aujourd'hui on se rend bien compte que la mobilisation est nécessaire, seulement faite tôt, elle est douloureuse, et tard elle est encore douloureuse. La crainte de la recrudescence des phénomènes aigus qui se produisent dès que l'on force un peu les mouvements empêche que cette mobilisation soit efficace. Nous savons aussi que l'immobilité ne lutte pas contre l'organisation des tissus ; nous avons déjà formulé qu'il était préférable de la prévenir. Et cela est réalisable.

Nous paraîtrions téméraire ou prétentieux si nous voulions faire table rase des traitements jusqu'ici employés. Cependant nous les avons discutés et nous pensons avoir persuadé qu'ils étaient souvent impuissants. Nous avons tous vu en effet l'aspect lamentable du malade atteint d'arthrite blennorrhagique qui, dans son plâtre, est délaissé pendant des mois.

L'expectative peut être remplacée, croyons-nous, par la défensive et surtout par l'offensive massothérapique.

Nous déclarons impropres à guérir l'arthrite blennorrhagique, c'est-à-dire à rendre la fonction complète à une articulation touchée par la blennorrhagie : l'immobilisation plâtrée, les révulsifs, les vésications, les pointes de feu, les liniments calmants, la compression sous toutes ses modes.

Nous exposons une méthode qui nous semble devoir être la plus rapide et satisfaire à toutes les exigences du traitement des phénomènes : douleur, phlegmasie, atrophie, ankylose : c'est le *massage précoce, immédiat*,

l'immobilisation dans une gouttière et la mobilisation précoce. Ce qui veut dire que l'on massera dès le début en pleine période aiguë, que l'on immobilisera dans l'intervalle des séances de massothérapie et que l'on mobilisera dès que la douleur atténuée permettra au malade quelques mouvements.

Nous reconnaissons que notre proposition est délicate à exécuter, mais nous espérons convaincre que cette thérapeutique est la seule rationnelle et est à elle seule suffisante pour mener à la guérison une arthropathie blennorrhagique.

Nous ferons exception, rappelons-le, pour la pyarthrite blennorrhagique, qui nécessite sans contestation l'intervention sanglante tout d'abord, et qui heureusement est exceptionnelle.

Tant qu'il n'y a pas de pus dans une articulation, il n'y a pas contre-indication au massage méthodique.

Nous pensons avoir démontré au chapitre précédent que la massothérapie, pendant les phénomènes aigus, apaise ces phénomènes et ne les exagérera jamais, que jamais, par conséquent, là où il n'y a pas de pus, il ne s'en produira par le fait des manipulations dont l'effet est l'atténuation certaine de ces phénomènes aigus. Cette crainte a vécu et ne peut être un argument contre la massothérapie immédiate.

Cette diversité des traitements employés ne prouve-t-elle pas leur insuffisance thérapeutique.

Il n'y a de spécifique contre l'arthropathie blennorrhagique, que l'immobilisation prolongée.

Pourquoi ?

Parce que, nous le répétons, elle empêche les attitudes vicieuses et atténue la douleur.

Mais aussi elle aboutit le plus souvent à l'ankylose ou l'impotence plus ou moins complète du membre.

Or contre l'ankylose, il y a la mobilisation.

Oui. Mais celle-ci, nous le savons, est douloureuse si elle est précoce, douloureuse également si elle est tardive et alors souvent inefficace. Et c'est pourquoi nous avons tant d'estropiés par arthrite blennorrhagique.

Il faut avoir massé des arthrites blennorrhagiques en période aiguë, dès les premiers jours, pour être convaincu de ceci :

- 1° Soulagement immédiat du malade ;
Diminution considérable de la douleur ;
Sommeil au lieu d'insomnie ;
- 2° Abaissement de la température ;
Rétrocession des phénomènes généraux ;
- 3° Localement :
Disparition de l'hyperesthésie ;
Diminution de la tension péri-articulaire et articulaire ;
Perméabilisation des tissus ;
Abaissement de la température locale ;
Résorption rapide ;
Disparition de l'œdème ;
Conservation trophique des muscles ;
Retour des mouvements spontanés ;
D'où facilité des mouvements passifs ;
- 4° *Restitutio ad integrum* de la fonction.

Et cela le plus rapidement possible, une quinzaine, pour les cas de moyenne intensité. Le bien-être est ma-

nifeste après la 1^{re} séance ; le sommeil permet aux malades de reposer. La détente se produit du 4^{me} au 8^{me} jour le plus fréquemment et à ce moment les mouvements reparaissent progressivement ; même si cette détente peut être longue à se produire complètement on a au moins l'avantage de conserver la nutrition des tissus péri-articulaires. Le malade profite, et du massage par le bien-être qu'il procure, par l'anesthésie réelle, et aussi de l'immobilisation dans l'intervalle. Le malade ne souffre pas et il se défend en outre contre le processus inflammatoire et fibrosant par l'entretien de l'activité circulatoire.

Une monoarthrite aiguë ankylosante de l'épaule ayant débuté le 9 mars 1910, que l'on voulait mettre dans un appareil plâtré, est complètement guérie le 16 mai. Ce malade, entré à l'hôpital le 22 mars, a été massé par nous le 26 mars, au 7^e jour, est sorti le 7 avril pouvant s'habiller seul ; nous avons voulu le quitter avec le retour parfait de la fonction de son articulation scapulo-humérale. Nous lui avons donné 34 séances en tout. Nous estimons qu'à la 24^e séance, il aurait pu se passer de nos soins.

Le 19 avril, un mois après le début de cette arthrite, tous les tissus avaient leur aspect normal.

Quand on a eu ces résultats, on ne peut songer qu'avec effroi à l'appareil plâtré, aux appareils plâtrés qui souvent se succèdent, enserrant de plus en plus l'articulation, atrophiant avec sûreté, immobilisant souvent sans retour.

Et cela est encore ce qu'il y a de mieux pour beaucoup. Parce que le massage fait par les empiriques est trop

souvent néfaste et qu'il serait dangereux en effet de faire toucher des tissus en processus inflammatoire par des mains non médicales et inexpérimentées.

Mais le massage méthodique, tel que nous le comprenons, peut sans danger s'appliquer à des tissus pathologiques et inflammatoires : Estradère, Lucas-Championnière, Castex et J. Fège sont là pour en témoigner.

« Les principes qui doivent toujours guider dans l'application du massage thérapeutique, étant la douceur, la légèreté, la rapidité dans les mouvements », la massothérapie nous apparaît comme le moyen seul efficace contre les manifestations de la blennorrhagie articulaire.

Massage précoce, en pleine période aiguë, immobilisation temporaire et mobilisation active, puis passive est pour nous le traitement de choix de l'arthrite blennorrhagique.

Que le lecteur se reporte au chapitre de la physiologie, puis aux observations qui terminent ce travail, il sera convaincu comme nous, car la théorie ne dépasse pas la pratique.

Un point important nous reste à traiter dans cette fin de chapitre. C'est le pronostic de l'arthrite blennorrhagique traitée par le massage immédiat, et la mobilisation précoce.

Nous pouvons assurer que massée précocement, l'arthrite ne sera plus « une maladie grave pour l'avenir du membre ».

Dès que la période inflammatoire sera vaincue par le massage, nous n'aurons pas à craindre de « phase torpide, pas de phase désespérante par sa longue durée ». La mobilisation faite au fur à mesure que l'atténuation des

phénomènes aigus le permet, ne produit pas de retours offensifs. Est-il nécessaire de rappeler que l'ankylose complète ou incomplète sera évitée, si la massothérapie a été instituée bien avant qu'elle se manifeste.

Elle ne survient pas « en dépit des meilleurs soins » si ces soins ont été ceux que nous préconisons.

Lorsque notre malade est guéri, il ne persiste pas « de raideurs définitives, pas d'impotence prolongée, pas d'atrophie musculaire ». La valeur du membre est conservée.

La durée se trouve notamment écourtée et la maladie finit de guérir.

Les formes graves du rhumatisme blennorrhagique soignées ainsi, ne doivent pas laisser « de traces permanentes de leur passage, ni de pénibles infirmités ».

L'articulation traitée par le massage aura moins de chance à être un lieu de moindre résistance. Nous ne dirons pas que le massage donne une résistance préventive, mais nous avons eu des exemples de malades traités par la massothérapie, qui, à une nouvelle atteinte plusieurs années après, ne présentaient aucun symptôme inflammatoire au niveau de l'arthrite antérieurement touchée et guérie.

Voilà donc un pronostic sensiblement meilleur que celui qui existe encore jusqu'ici. Espérons que l'emploi de la massothérapie le maintienne dans l'avenir tel que nous ne craignons pas de le présenter.

Voyons maintenant quelle technique nous devons employer pour réaliser un traitement qui nous semble bien être le plus rationnel et le plus efficace.

TECHNIQUE

« Beaucoup d'auteurs, nous pourrions dire tous, ont voulu faire du massage leur monopole ; en dehors d'eux, il n'existe pas ! Les uns s'attachent à signaler les mouvements spéciaux d'un ou plusieurs doigts de la main ; c'est une position particulière du pouce ou de l'index droit, tandis que le gauche est ailleurs exécutant une autre évolution ; les uns vantent le massage fait avec une seule main, les autres, avec les deux : telle manipulation leur convient mieux, c'est celle-là qui remplit toute la méthode et la rend originale !

« Il est certain que vouloir analyser toutes les phases, tous les temps d'un mouvement, les diverses combinaisons qui s'enchaînent les unes aux autres et provenant d'organes comme les doigts et la main pourrait être qualifié de folie.

« La plupart de ces mouvements sont exécutés instinctivement, sans qu'on en ait conscience et l'on se surprend, pour peu que l'on s'observe, à des combinaisons fort compliquées, impossibles à décomposer, si l'on veut s'en rendre compte.

« Il est impossible de fonder là-dessus une méthode propre ni lui donner une extension générale.

« Il faut s'attacher avant tout à étudier les manipulations fondamentales, celles qui constituent les différents

modes de contact possibles avec le tégument, exécutées suivant un ordre déterminé, dans des conditions d'intensité de rythme, de durée réglées par l'observation ».

Nous aurons ainsi des données simples sur la technique, grâce auxquelles tout médecin qui les suivra, obtiendra des résultats qui seront très satisfaisants, même sans être spécialisé dans cette branche de la thérapeutique.

En appliquant les diverses manipulations telles qu'elles sont décrites dans J. Fège, on pourra faire une séance de massothérapie utile et surtout *non nuisible*.

Ces manipulations fondamentales se groupent en trois catégories :

- 1° Effleurage ;
- 2° Pressions ;
- 3° Tapotement.

Nous devons ajouter que le quatrième élément d'une séance de massage est le mouvement. Devons-nous rappeler que la direction à donner aux manœuvres de massage est celle de la voie centripète, de la circulation de retour.

N'est-il pas superflu de dire que ces manœuvres s'exécutent avec la main, et qu'il est plus avantageux de s'habituer à l'usage des deux mains.

1° L'Effleurage. — L'effleurage consiste à exécuter avec les mains et les doigts des frôlements sur la peau, d'abord très légers ; peu à peu le contact s'établit jusqu'au frottement et constitue une manœuvre qui permet de la qualifier de profonde. On peut donc le diviser en *effleurage superficiel* et *effleurage profond*.

« Dans l'effleurage superficiel, les mains passent rapidement et alternativement au-dessus de la peau, bien étalées, s'il s'agit d'une surface plane, légèrement arrondies pour s'adapter à la région, si c'est une surface courbe qui est massée, recherchant à peine le contact ; parvenues au terme de leur course, elles se soulèvent et reviennent au point de départ, sans toucher au tégument. A mesure que les manœuvres se répètent, le rapprochement vers la surface cutanée se fait de plus en plus et le frôlement, de léger et superficiel qu'il était, devient plus adhérent, ne quitte plus pour ainsi dire la région massée, qu'à sa limite extrême, du côté centripète. La rapidité de cette manœuvre en assure néanmoins la légèreté. Malgré le degré de contact, cette dernière doit être toujours exécutée tangentiellement à la surface de la peau ; on ne doit jamais exercer de forte compression avec la main ou de serrement avec les doigts quand on pratique cet effleurage. Dès qu'à un certain moment on arrive à de véritables frottements, il faut veiller à ne pas prolonger au-delà de l'apparition de la rougeur de la peau.

« L'effleurage a pour but d'obtenir l'insensibilisation de la peau et des points douloureux profonds, en même temps qu'il suscite déjà un commencement de résorption dans les parties superficielles de la région soumise à son action. Mais sa grande efficacité se produit sur le phénomène douleur ».

Mettons en garde d'une erreur possible. Souvent on parle de *friction* ; ce n'est pas une manipulation faisant partie du massage. Elle consiste en mouvements de va-et-vient plus ou moins rapides, agissant dans toutes les directions.

Elle est donc différente de l'effleurage et ses effets sont tout opposés à ceux de celui-ci.

2° Les pressions.— Ces pressions comprennent un certain nombre de manipulations. « Elles se font perpendiculairement à la direction du membre ou de la portion du membre massé. Ce sont : la pression manuelle simple, la pression digitale simple, les pressions vibratoires, le pétrissage, le pincement.

« Pour pratiquer la *pression manuelle simple*, on saisit à pleines mains la partie à masser ; on exécute tout d'abord des mouvements peu rapides et très peu étendus de flexion et d'extension des doigts ; en même temps les avant-bras se déplacent dans le sens centripète de l'organe massé qui se trouve pressé, serré d'une manière progressive dans toute son étendue. A la limite supérieure de la course, les mains abandonnent leur position et viennent se replacer au point de départ.

« A mesure que ces pressions, dites simples, s'exécutent, on doit en augmenter la rapidité et en graduer la force ».

La *pression digitale simple* comprend les mêmes manœuvres répétées avec la pulpe des doigts réunis agissant seule ; on limite ainsi les points où la pression doit être exercée, les interstices musculaires par exemple. Le pouce est toujours en opposition, séparé des autres doigts par l'épaisseur des tissus saisis.

Si les mêmes mouvements sont exécutés avec une très grande rapidité, réalisant une véritable trépidation, ils constituent les pressions vibratoires.

Le *pétrissage* est aussi *digital* et *manuel*.

Le pétrissage digital est *superficiel*. « Les téguments sont seuls saisis entre les doigts et pétris. Cette action très limitée est utile pour obtenir très rapidement la résorption de collections sous-cutanées, de l'œdème ayant envahi des zones plus ou moins étendues. L'emploi en est plutôt réservé au massage des articulations, de la surface dorsale du pied et de la main, en un mot, des régions peu fournies en parties molles ».

« Le pétrissage manuel est *profond*. C'est le vrai pétrissage, proprement dit. Il s'exécute avec une certaine force, mais qui est loin d'être brutale, en malaxant, en tordant de sens divers, suivant la position, les masses musculaires, soumises à cette action. C'est, on peut le dire, en général, une manœuvre de la dernière heure. En tous cas, on ne peut l'employer que lorsque la résorption presque complète est obtenue et que les tissus ont recouvré en partie leur souplesse, qu'il complète et achève, en même temps qu'il tonifie les muscles, où il excite une grande activité circulatoire ».

Enfin nous décrivons une autre forme de pression qui est le *pincement*. Il consiste à soulever « une masse musculaire saisie entre le pouce et les autres doigts réunis, et détachée ainsi de sa partie profonde. Après une légère et rapide traction exercée de bas en haut, pour l'attirer vers soi, on laisse retomber cette masse. Rien n'est mieux fait pour exciter et réveiller la contractilité du muscle ainsi traité. Encore faut-il ici que les parties profondes soient entièrement dégagées de tout ce qui les encomrait au début du traitement.

On peut lui associer la *torsion* de la masse musculaire, qui produit l'élongation du muscle, favorable au réveil de sa contractilité.

3° Tapotement. — « L'action de donner de petits coups répétés à plusieurs reprises, est un *tapotement*. Les mouvements rappellent ceux de hacher, sont exécutés avec le bord cubital des mains, les doigts étendus ou fléchis à moitié, et même complètement (poings fermés) si on veut donner plus d'énergie à cette manipulation ; les choes se répètent, donnés perpendiculairement ou parallèlement à la direction des fibres musculaires ; ils se succèdent avec rapidité et souplesse... Ces hachures ne doivent pas être douloureuses ».

Le tapotement ne sera naturellement pas employé pendant la période aiguë.

Il est usité seulement à la fin du traitement, dans les dernières séances de la cure, alors que les parties massées ont récupéré leur souplesse ; l'ébranlement moléculaire profond provoqué par cette manipulation excite les filets nerveux, sensitifs, produit d'abord de la douleur, puis l'action continuant, celle-ci disparaît ; les filets nerveux sont également excités, d'où contractions musculaires.

« Telles sont rapidement exposées et débarrassées de la profusion excessive de descriptions méticuleuses, les manipulations fondamentales, dont nous faisons usage ».

4° Mouvements. — Les mouvements, compléments indispensables de toute séance de massage, sont actifs ou passifs.

Les *mouvements actifs* sont ceux que le malade peut faire ; les *mouvements passifs* sont ceux que le médecin lui communique.

Disons tout de suite que dans l'arthrite blennorrhagique,

pendant la période aiguë ou nous instituons le massage, les mouvements sont impossibles, car très douloureux ; ce sera le malade et par conséquent le degré de la douleur qui commandera le début des mouvements.

On commencera par voir ce que peut faire seul le malade ; on ne fera des mouvements passifs qu'ensuite, de façon à être sûr de ne pas dépasser ce qu'il est permis au malade de faire.

Avec ces données, on peut être utile à un malade qui souffre.

« Il est une chose que personne ne peut prétendre posséder, dès le premier moment, c'est l'expérience acquise, notre meilleur guide dans cette pratique.

« L'habileté manuelle s'acquiert encore assez rapidement, l'expérience des faits ne s'acquiert qu'avec le temps. Combien elle est nécessaire pour arriver strictement au résultat proposé !

« L'éducation du tact, dont la finesse se développe peu à peu, est à faire pour le débutant !

« Une foule de renseignements fournis par les sensations tactiles font varier la rapidité, l'intensité, la durée des manipulations — telle manœuvre fera les frais de toute une séance — telle autre viendra s'ajouter dans une certaine mesure et prendre, à un moment donné, la prépondérance que la première lui aura cédée. Tout cela ne peut s'enseigner, ni par l'exemple, ni par la démonstration ; il faut pratiquer, pratiquer toujours, donner toute son attention à ce que l'on fait, ne laisser échapper aucun indice provenant, soit du malade lui-même, soit des sensations que l'on perçoit : il faut toujours chercher à se rendre compte des phénomènes qui

se déroulent sous les yeux, mettre en action enfin tout ce que notre profession exige de nous en savoir, en énergie, en conscience pour l'accomplissement de notre devoir ».

Nous avons déjà dit que les principes que l'on doit toujours avoir présents à l'esprit, quand on applique « *la Méthode française de massage*, qui est avant tout « respectueuse de la douleur », sont : la douceur, la légèreté, la rapidité dans les mouvements.

Rappelons que le médecin se place du côté qu'il doit masser, par conséquent en dehors de la région atteinte ; que jamais il n'est besoin de se servir d'instruments ; que le talc pulvérisé est seul employé pour faciliter le glissement des mains ; cette poudre onctueuse est propre et permet « de conserver toute la netteté des sensations si précieuse, et toute la sûreté dans la palpation si nécessaire pour la parfaite exécution des manipulations. »

En possession de ces éléments, nous pouvons faire notre séance de massage à notre malade atteint d'arthrite blennorrhagique, à la phase aiguë, du 1^{er} au 5^e jour par exemple.

Ce malade souffre beaucoup au moindre mouvement ; il ne peut supporter le poids du drap. Son article est chaud, tuméfié, ses muscles sont contracturés.

Plaçons-nous commodément, du côté malade ; il faut que rien ne nous gêne dans nos mouvements ; il faut aussi que le malade supporte sans souffrir nos premiers attouchements. Point n'est besoin de plaques radifères appliquées tout d'abord pour insensibiliser et permettre les manœuvres de massage ensuite, au médecin qui

sait rendre son contact insensible et faire fuir la douleur sous ses doigts.

Pour cela, nous commençons à masser au-dessus de l'article enflammé, en dehors des tissus pathologiques ; là, le malade ne se plaint pas.

Nous employons l'effleurage superficiel, très léger : ce doit être un souffle caressant, s'exécutant loin du foyer douloureux tout d'abord, pour gagner ensuite vers les lésions.

On obtient ainsi l'insensibilisation et l'on prépare les voies de résorption.

« Petit à petit, à mesure que l'action s'accroît, que l'anesthésie se produit et qu'une certaine activité circulatoire se développe dans la région saine, on se rapproche et bientôt on peut attaquer directement la lésion. » A ce moment, soyons délicat et très léger, afin de ne pas réveiller un peu la douleur.

Le malade est tout étonné de voir vos mains passer au niveau de son articulation douloureuse : il ne souffre pas et sent la douleur s'atténuer progressivement ; un bien-être se produit.

Si cet effet se manifeste lentement, en une vingtaine de minutes, et que les tentatives d'effleurage profond ne soient pas acceptées sans douleur, on doit en rester là pour la première séance.

Mais souvent, dans les cas moyens, cet effet se produit plus rapidement, en une dizaine de minutes, et l'on peut tenter de passer insensiblement à l'effleurage profond.

Le mieux est de revenir à la région saine, pour approfondir ses manipulations et les rendre indolores au

niveau de la zone pathologique. Une insensibilisation plus profonde augmente le bien-être du malade et permettra de passer aux pressions légères digitales et manuelles que l'on exécute sur les tissus sains ; ces manipulations, « en pressant progressivement sur ces parties, produisent une espèce d'aspiration centripète tendant à dégager les parties périphériques engorgées. » On graduera les effets de ces pressions en revenant au niveau des régions enflammées qui pourront les supporter ; alors on refoulera, mais toujours avec légèreté, en se guidant sur la réaction douloureuse, qui doit être nulle, les liquides épanchés à travers ces tissus pathologiques, très susceptibles de douleur, on les dirigera vers la limite où les voies de la résorption sont toutes prêtes. Remarquons que si ces manœuvres provoquaient la moindre sensibilité, on peut toujours reprendre quelques secondes l'effleurage léger et rétablir l'anesthésie jusqu'à ce que la détente déjà manifestée une première fois se reproduise.

Lorsque le soulagement est complet, lorsque les tissus sont un peu plus souples, il faut laisser le malade sous l'impression de ce bien-être.

Une première séance peut ne comprendre que de l'effleurage superficiel. Mais le plus souvent nous pouvons la mener à bien, telle que nous avons essayé de la décrire.

On remettra l'article en immobilité, dans les meilleures conditions. Le malade s'endormira souvent après cette séance.

Dans les premiers jours, ayant surtout la douleur à combattre, on peut faire deux séances, une le matin et

une vers les huit heures du soir pour permettre une nuit de repos.

On ne cherchera pas à faire des mouvements actifs, ni passifs : ce n'est pas le moment.

« La durée des séances est très variable ; il faut tenir compte des difficultés rencontrées suivant la gravité des cas ; les malades eux-mêmes offrent des conditions plus ou moins favorables. Mais en moyenne vingt minutes de ce massage suffisent pour obtenir cette détente bienfaisante. L'effet utile de la séance ne demande pas plus de temps à se produire. Nous verrons aux cas spéciaux s'il y a des modifications à apporter à cette formule générale. »

Ainsi en moyenne vingt minutes pour la détente et autant pour l'effet utile. Il faut compter une trentaine de minutes en général. Au début, cela suffit amplement.

On devra surtout se guider sur ses sensations personnelles et sur celles du malade, pour la durée de la séance. Il faut que le malade soit très soulagé, ressente un bien-être très appréciable ; il faut que le médecin sente les tissus assouplis et plus maniables, grâce à leur perméabilisation.

Dans l'intervalle des premières séances, il y a afflux d'exsudation et l'on retrouve aussi tendus, à la deuxième séance, des tissus qui l'étaient moins à la fin de la première : il y a une apparence de poussée offensive de la part des tissus. Nous avons toujours observé ce fait dans les 4 ou 5 premières séances au plus. C'est que la production de sérosité infiltrante est plus considérable que la résorption n'est rapide. Par les premiers massages, il y a bien une détente, mais elle est surtout superficielle, car il est

difficile d'atteindre immédiatement les masses profondes. Celles-ci sont encombrées et ne servent pas encore de voies de résorption. Les voies de résorption superficielles ne suffisent plus, quelque temps après la séance, à évacuer l'exsudation surabondante. Et celle-ci l'est d'autant plus qu'il y a, par l'effet du massage initial, une activité circulatoire plus grande, une perméabilité superficielle, alors que profondément l'activité circulatoire n'a pas été très modifiée et que la perméabilité est à peine ébauchée à ce niveau.

Mais qu'on ne voit pas là matière à critiquer le massage précoce (les mêmes phénomènes se passeraient si l'on avait affaire à des tissus refroidis), au contraire c'est une preuve qu'il agit efficacement.

D'ailleurs l'équilibre va s'établir, souvent dès la cinquième séance : c'est le moment de la vraie détente, de la crise. Les tissus profonds auront été peu à peu modifiés et perméabilisés ; ils ne feront plus barrage à la résorption, qui hier prenait les voies superficielles, les seules libres, mais trop étroites : d'où inondation et gonflement stationnaire. Les voies profondes maintenant s'ouvrent, et alors, à la 6^e séance, on constate une diminution du gonflement.

Donc schématiquement : premières séances = anesthésie et activité circulatoire superficielle : gonflement stationnaire : aucun progrès apparent.

6^e, 7^e séance = activité circulatoire profonde s'ajoute à la superficielle = résorption plus rapide : chaque jour maintenant il y a diminution du gonflement.

Les cinq ou six premières séances diffèrent peu de la première.

Cependant peu à peu, on s'aperçoit que les manipulations peuvent être plus profondes, que la période d'insensibilisation est plus courte, que les tissus se dégorgent plus facilement et plus vite, qu'ils sont moins infiltrés.

Déjà aux 4^e, 5^e séances, la douleur atténuée et le début de détente permettent au malade des tentatives prudentes de mobilisation active de son article.

Le retour des mouvements prouve l'amélioration des muscles ; eux aussi se perméabilisent. Le retour de la contractilité est dû, croyons-nous, à une sorte de nettoyage des muscles par l'activité circulatoire profonde qui se manifeste du 5^e au 10^e jour du massage. Ne se produit-il pas là une sorte d'élimination, de chasse des produits toxiques qui contribuaient à la contracture musculaire ? à la sidération des tissus ?

Nous tenons à mettre en relief que c'est le malade qui doit faire les premiers mouvements. Ainsi, on ne risquera pas, si attentif soit-on, de dépasser la limite permise par l'état de la sensibilité périarticulaire. Le malade mobilisant son article ne se fera pas mal et ces petits mouvements seront très utiles, et pour la résorption de l'épanchement intra-articulaire, et aussi pour préparer les muscles à récupérer leur contractilité.

« Les plus grandes difficultés de la méthode résident dans les premiers jours de traitement, car il faut prévenir l'organisation de l'épanchement et les inconvénients dus à l'immobilité forcée. »

Dans l'arthrite blennorrhagique, nous sommes donc heureux de constater le retour de ces mouvements actifs ; il est rare qu'ils ne reparassent pas vers le 5^e ou 6^e

jour. Lorsque ces mouvements actifs sont apparus, le médecin peut mobiliser l'articulation, mais jamais il ne doit forcer : il doit faire autant que le malade, mais jamais plus. La douleur sera son guide.

« Ce n'est que lorsque toute trace d'inflammation articulaire a cessé, que nous faisons des mouvements forcés. Nous conseillons dans ces cas de ne jamais oublier le précepte de Malgaigne : dans la flexion ou l'extension des articulations, ne pas aller au-delà de la douleur tolérable...

« Tant qu'un mouvement d'une articulation est douloureux, même s'il est parvenu à sa limite physiologique, on ne doit pas considérer le malade comme absolument guéri. Le traitement doit cesser, lorsque la sensibilité est devenue nulle. »

Ainsi, dans les premières séances 1, 2, 3, 4 : insensibilisation ; obtenir l'anesthésie est le premier but : effleurage superficiel exclusivement, auquel on associe, souvent efficacement, l'effleurage profond manuel et digital, qui prépare les voies de résorption en agissant plus spécialement sur la circulation.

De la 5^e à la 10^e séance, généralement grande détente, qui permet d'ajouter les pressions manuelles et digitales, le pétrissage, la mobilisation active précoce ; on peut se préoccuper de l'infiltration des tissus, de lutter contre la tendance à l'organisation, contre la tendance à l'atrophie, aux raideurs articulaires.

Vers la 10^e séance, on ajoute la mobilisation passive précoce.

A partir de la 15^e séance ; retour du fonctionnement de l'articulation. Il ne faut pas encore, à ce moment,

abandonner son malade : il n'est pas guéri ; nous avons toujours à éviter le retour de phénomènes offensifs qui pourraient à ce moment se produire.

Mais quel avantage nous avons, puisqu'il y a déjà un léger fonctionnement. Il faut persévérer encore et faire du pétrissage profond, explorer toutes les parties périarticulaires, l'article lui-même : il faut aller à la recherche des points douloureux profonds et les faire disparaître.

Les progrès sont manifestes ; la fonction revient de plus en plus ; les douleurs sont très rares, ne se produisent qu'à un mouvement passif maximum.

Nous sommes conduit ainsi à la 25^e séance.

Mais notre malade n'est pas guéri ; parachevons notre œuvre. Les mouvements forcés à l'extrême limite donnent encore une douleur qui s'atténue de jour en jour. La fonction active est complète : mais tant qu'une douleur existera au mouvement forcé, gardons notre malade.

On fera bien vers la 25^e séance, quelquefois avant, d'espacer les massages. Nous ne verrons notre malade que tous les 2 jours, pendant une semaine par exemple, puis tous les 3, 4, 6, 8 jours.

Lorsque tous les points douloureux profonds, insertions des ligaments, gaines tendineuses, sont abolis à la pression, que les muscles ont récupéré leur tonicité, que les mouvements actifs et passifs sont indolores à l'extrême flexion ou extension, que le malade n'éprouve aucune fatigue de l'usage de son membre, qu'il se présente à nous après une quinzaine tel que nous l'avions laissé, il est guéri.

Il nous a fallu 30, 35 séances, quelquefois moins, quelquefois plus. Mais qu'importe le nombre des séances devant un bon résultat !

Être guéri d'une monoarthrite de l'épaule, pas tout à fait 2 mois après son début et en 34 séances, n'est-ce pas mieux que la demi-raideur ou l'ankylose qui se serait produite par tout autre traitement classique.

On nous permettra de faire remarquer que la rapidité des résultats est subordonnée à l'expérience du massothérapeute. Cependant nous sommes certain qu'un médecin pourra être utile, et jamais nuisible à son malade, s'il applique la méthode que nous exposons ; peut-être la détente ne sera pas aussi précoce, mais elle se fera toujours et par cela même la mobilisation active pourra être tentée sans crainte ; le médecin aura évité à son malade les inconvénients des traitements que nous avons discutés.

Nous pensons convaincre maintenant le lecteur. Nous pouvons lui assurer les meilleurs résultats possibles par le meilleur traitement possible.

Voyons maintenant quelques indications particulières à quelques types d'articulations (1).

Massage de l'arthrite, de la synovite blennorrhagique de la tibio-tarsienne, du cou de pied. — Le malade doit être couché, le pied reposant sur le plan du lit ou mieux sur un coussin de balle d'avoine, et plus élevé que le reste du membre, la jambe allongée parallèlement au bord du lit.

(1) Ce qui suit est pris quant au fond et souvent quant à la forme, dans J. FÈGE.

L'opérateur doit se placer du côté du membre atteint et il aura avantage à s'asseoir. On prend le talc, placé dans une soucoupe, du bout des doigts, au fur et à mesure des besoins ; on ne doit jamais saupoudrer toute la région à masser avec des quantités véritablement exagérées de poudre, comme nous l'avons vu faire bien souvent.

Les règles générales du massage doivent être suivies ponctuellement. On débute au-dessus du cou de pied, au $1/3$ moyen de la jambe, pour gagner peu à peu, après insensibilisation, les régions pathologiques. L'anesthésie produite, les manipulations insisteront, quand le degré de détente le permettra, surtout au cou de pied, à la région antérieure, pour sauvegarder les gaines des extenseurs ; il faudra refouler les produits épanchés vers la gouttière rétro-malléolaire interne, et tous les exsudats existant au niveau du creux calcanéo-astragalien seront poussés du côté externe vers l'espace rétro-malléolaire ; les doigts ou les pouces contournent les malléoles et pressent en remontant les parties molles de cet espace rétro-malléolaire. On insistera davantage du côté interne à cause de la présence des vaisseaux et nerfs tibiaux postérieurs : cette région est celle où, dans la suite, la douleur peut se faire sentir.

Lorsque la disparition de la douleur, le dégonflement le permettent, que les mouvements actifs et passifs sont récupérés, vers la quinzième séance, il faut songer à faire lever son malade.

Voici le moyen de savoir s'il pourra porter le poids de son corps, et celui-ci nous a toujours réussi, dans les cas où il s'est agi de commencer la marche après un plus

ou moins long séjour au lit (blennorrhagie articulaire, entorses, arthrites traitées d'abord par l'immobilité, la compression, et fractures) : prendre la plante du pied à pleine main, dire au malade d'étendre tout son membre inférieur, et de résister à la pression que nous exerçons, de bas en haut, perpendiculairement à l'axe du membre ; si cette pression n'est pas douloureuse, on peut faire lever le malade. Après un essai également indolore de station debout, la marche méthodique est commencée. Le malade doit poser franchement le pied à terre, le talon le premier, la pointe relevée le plus possible ; il présentera successivement au sol toutes les parties de la plante du pied, servant de base d'appui. A ce moment le poids du corps doit être porté sur le pied opposé, en inclinant légèrement la tête et le tronc en avant, on détache le talon et le pied est fléchi sur le talon antérieur ; il suffit de détacher celui-ci à son tour, de ramener la jambe en avant, en élevant le genou à l'horizontale, de descendre ensuite la jambe en ayant soin de la porter un peu en avant, tout en relevant la pointe du pied, de manière à présenter de nouveau le talon en premier et l'on reprend comme précédemment. C'est le premier pas fait ; c'est lui qui coûte le plus.

Quand le malade a fait quelques pas, la douleur, qui au premier moment a pu se faire sentir, tend à disparaître. Si elle persistait, il faut faire remettre au lit le malade et terminer par de l'effleurage superficiel et profond.

Pendant les premiers jours de marche, le malade ne marchera qu'en la présence du massothérapeute ; il peut se produire une légère réaction, mais il ne faut pas

arrêter ce qu'on a commencé : tout rentre dans l'ordre en deux jours ; il est entendu qu'il ne faut pas abandonner son malade, mais continuer à ce moment à le masser chaque jour.

Quatre ou cinq jours après le début de la marche, on permettra au malade de se lever plusieurs fois ; quand il est fatigué, il se couche et recommence plus tard ; lui recommander de bien articuler, de ne pas marcher avec raideur, ni de ne pas dépasser la fatigue, ce qui retarderait la guérison.

Le stationnement debout doit être interdit, car dans les premiers essais de marche, la stase sanguine peut avoir trop de tendance à se produire dans le pied et pourrait donner lieu à de l'œdème. Seuls les malades, qui ne suivent pas ces prescriptions à la lettre, éprouvent les inconvénients signalés par les auteurs parlant de retour offensif. En ce qui nous concerne, nous n'observons jamais pareils faits ; car nous tenons fermement la main à ce que nos conseils soient suivis.

Les points douloureux à surveiller plus particulièrement, sont, du côté externe, aux faisceaux antérieur et postérieur péronéo-astragaliens, et au moyen péronéo-calcaneén, dans le creux calcaneéo-astragalien à l'insertion du ligament en Y ; au côté interne, à la gouttière rétro-malléolaire. A la fin du traitement, pousser à fond les mouvements d'extension et ramener du côté de la flexion le plus possible jusqu'à ce que toute douleur disparaisse.

Massage du poignet. — Rien de spécial à signaler au point de vue des manipulations. On placera l'avant-

bras sur un coussin, la main plus élevée (cette position est également préférable dans l'intervalle des massages. Au poignet comme au pied, une légère élévation empêche à la stase sanguine de s'ajouter au processus inflammatoire).

C'est surtout la localisation de la douleur qui est intéressante ; elle existe aux deux extrémités de l'interligne radio-cubital carpien ; à la face dorsale, deux points articulaires, l'un radial, l'autre cubital ; enfin le plus tenace de tous est fixé au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne du pouce. Celui qui est perçu du côté externe, au fond de la tabatière anatomique, cède assez rapidement ; le plus sensible est du côté interne.

Quand le malade peut commencer les mouvements actifs, il faut lui faire faire d'abord ceux de jouer du piano, pour les doigts, puis extension et flexion du poignet.

Le dégonflement se fait très rapidement au poignet ; l'œdème persiste davantage à la face dorsale de la main et très souvent se localise au niveau du quatrième espace interosseux dorsal.

Massage du genou. — La description du massage de cette articulation peut servir de modèle pour les autres articulations importantes.

La position n'a rien de changé, toujours se placer du côté où est l'articulation malade. Les principes généraux ne changent pas davantage.

L'effleurage, les pressions doivent commencer au-dessus de l'articulation sur la région antérieure et postérieure de la cuisse. Le point délicat, c'est le massage

de l'articulation elle-même. Procéder toujours de la même façon, s'attacher d'abord à obtenir l'insensibilisation, exactement comme si on procédait sur une autre région. Dès que ce résultat est atteint, il faut agir sur l'épanchement intra-articulaire ; il faut se reporter au souvenir des expériences de Mosengeil et de Castex pour se rendre compte de ce qu'il y a à faire pour actionner ce travail. Il faudra avoir recours aux pressions digitales et manuelles, au pétrissage digital exercé au-dessus de la saillie faite par le cul-de-sac supérieur. C'est là d'abord qu'il faut concentrer ses efforts : peu à peu les doigts s'avancent du côté des parties latérales de la rotule ne présentant plus les dépressions normales. Les faces interne et externe sont ainsi abordées ; toujours dans le sens centripète, les doigts remontent en pressant et en contournant les saillies plus ou moins proéminentes des culs-de-sac latéraux auxquels fait suite le supérieur ; on ne presse pas tout d'abord sur cette poche tendue et douloureuse. Dès que ces manœuvres commencent à produire une détente, il faut aller plus en bas, au-delà du sommet de la rotule et attaquer les saillies débordant le ligament rotulien, qui presque toujours est difficile à atteindre.

Après avoir ainsi côtoyé la périphérie, utilisant tous les moyens favorisant le rapide dégonflement intra-articulaire, nous arrivons à la région centrale, condylienne ou rotulienne, si l'on veut, et à l'interligne fémoro-tibial. En règle générale absolue, *il ne faut jamais presser directement sur la rotule.*

On aura donc toujours soin de masser les faces latérales de l'articulation au moyen des doigts réunis et des

pouces, la main fléchie de manière à former un véritable pont au-dessus de la rotule. Ainsi, les pulpes digitales réunies et les pouces participent seuls à l'effleurage bilatéral de la rotule, aux pressions plus ou moins profondes, sans jamais choquer cet os. Ici encore, le pétrissage avec la pulpe des doigts est une excellente manœuvre bien appropriée à cette région et réussissant merveilleusement pour la résorption rapide de l'empatement et de l'œdème péri-articulaire, que l'on doit toujours refouler vers la partie postérieure, c'est-à-dire vers le creux poplité. Il est indispensable également de masser cette région, qui est une voie importante de résorption.

Nous avons insisté sur ce point, si important pour toute articulation, à savoir d'arriver à la débarrasser de tout ce qui l'encombre intus et extra et qui, pour le genou, acquiert un intérêt plus grand encore. Dès que ces premiers résultats sont acquis, on voit revenir peu à peu le pouvoir fonctionnel ; il faut d'abord se contenter des petits mouvements actifs que le malade peut faire. Quand l'impotence du membre a disparu, quand les points douloureux internes et externes n'existent plus ; lorsque le malade peut supporter les mouvements passifs, jusqu'à l'angle droit et que l'extension forcée n'est pas douloureuse, qu'on a essayé le moyen déjà préconisé plus haut pour mesurer la résistance à la pression du membre, on fera lever son malade. Ce ne sera souvent pas avant le 15^e, 20^e jour de traitement ; dans les cas graves, on ne pourra le faire que vers le 30^e jour, comme nous l'avons vu quelquefois.

Pour maintenir commodément le membre dans l'immobilité des premiers jours et ne pas le déranger pour les

séances de massage, nous avons recours à la gouttière du Dr J. Fège (1), à valves mobiles, grâce à laquelle toutes les conditions du traitement peuvent être remplies.

Lorsqu'enfin le membre ainsi traité aura recouvré sa puissance musculaire fonctionnelle, lorsque les points douloureux au ligament latéral interne ou au niveau de l'interligne auront disparu, que les mouvements auront atteint une certaine amplitude et qu'on aura constaté après deux ou trois essais que la transmission du poids du corps au genou ne détermine plus de douleur, on pourra commencer la marche.

Le moment est venu d'initier le malade à la marche méthodique, exécutée comme pour l'arthrite du pied. Il faut insister davantage sur l'élévation de la cuisse à l'horizontalité. Pour commencer, le mouvement ne peut être aussi complet ; le malade doit s'efforcer d'élever le membre le plus possible.

Les mêmes particularités que pour le pied s'observent ; douleur d'abord, puis peu à peu cessation à mesure que la marche s'effectue ; cependant ici, la marche doit être dosée plus sévèrement au début. Il faut toujours s'attendre à une légère reprise de « l'hydarthrose que nous regardons comme nécessitée par l'accomplissement de la fonction : nous la nommons hydarthrose fonctionnelle, non pathologique à ce moment ; la synoviale ne résorbe pas encore avec activité l'excédent de liquide nécessaire au jeu de l'articulation. C'est sa fonction physiologique du moment. Plus tard, à mesure

(1) Cette gouttière à valves mobiles est décrite dans *Du massage précoce dans les traumatismes* de J. FÈGE, page 262.

que la guérison avance et que le malade marche, cette hydarthrose disparaît complètement. »

L'entraînement progressif de l'articulation à l'exercice de sa fonction normale demande la plus grande surveillance. Les mêmes observations que pour le pied sont applicables pour cette marche. Il ne faut pas que le malade s'attarde dans la station debout. Levé, il doit marcher et faire sa gymnastique méthodique, pendant le temps qui lui est assigné, cinq, dix, quinze minutes pour commencer. Il faut savoir que dès le début, une certaine fatigue se fait sentir : il est utile de conseiller après la marche méthodique, quelques minutes de marche ordinaire. Dans ce cas, cette marche s'accomplit sans la moindre boiterie, même pour un malade qui se lève pour la première fois et qui est préparé à la marche dans les conditions que nous avons énoncées, restriction faite pour les cas très graves, où d'ailleurs les précautions ci-dessus déjà très minutieuses sont redoublées. Quand les mouvements forcés d'extension et de flexion ne déterminent plus de douleur, on peut considérer la guérison comme obtenue, c'est-à-dire que le malade peut être abandonné à lui-même.

Massage du coude. — Le malade étant couché, le bras doit être placé sur un coussin de balle d'avoine, assez résistant, la partie antérieure plus élevée ; si le malade est levé, même position que pour le massage du poignet. Se placer en dehors de l'articulation.

Au début, il faut insister sur le massage du bras, au-dessus de la lésion, en avant, en arrière et à la face interne, voie normale de résorption.

On pratique l'effleurage général superficiel du bras aux faces antérieure, postérieure et interne au-dessus de l'article, puis effleurage profond, et pressions : une deuxième phase est consacrée à la limitation des manœuvres par groupes musculaires.

Peu à peu on arrive aux abords de l'articulation : ainsi préparée, elle sera soumise aux mêmes manipulations en avant, en arrière et au niveau de ses deux bords, externe et interne. Ce massage demande du soin, quoique moins de délicatesse que pour celui du genou. Nous recommandons dans cette partie du traitement le pétrissage digital, en insistant au niveau de la face interne du coude où siège le maximum de l'empâtement. Le massage de la région antérieure se fait sans difficulté et est aussi nécessaire, à cause de la contracture du biceps, dont le tendon fait corde au pli du coude. Il faut encore savoir qu'il y a à redouter du côté de l'expansion aponévrotique de ce même muscle, une rétraction difficile à prévenir en raison même du tissu fibreux qui la compose ; à un moment donné cette rétraction peut devenir un obstacle à l'extension de l'avant-bras.

Pour les premières séances, le massage peut se borner à cette simple application. Le massage de la région postérieure ne peut encore être appliqué méthodiquement ; il faut à ce moment déplacer le membre le moins possible et se contenter de faire le massage *in situ*. Après quatre ou cinq séances, quelquefois plus, la douleur a en partie disparu, la tension, l'œdème, la tuméfaction ont beaucoup diminué ; déjà quelques mouvements spontanés sont possibles ; le malade déplace

son bras sans difficulté, on peut alors procéder à ce massage particulier de la région postérieure. La position que nous indiquons est simple et naturelle, facile à prendre pour les malades, ne leur occasionne aucune gêne, ni douleur. Si le malade est assis, on l'invite à placer sa main à plat sur la cuisse, de manière à présenter en dehors, devant l'opérateur placé du même côté, la face postérieure du bras, l'avant-bras en demi-flexion à angle obtus et en pronation ; la flexion exigée pour prendre cette position n'est jamais supérieure à celle que le malade peut exécuter. Nous ne saurions mieux comparer le massage de cette région qu'à celui pratiqué au genou, l'olécrâne représentant ici la rotule, mais avec cet avantage que, n'étant pas mobile, il peut être touché et manipulé sans inconvénient.

Il faudra toujours suivre les mêmes principes. Commencer l'effleurage au-dessus de la cavité olécrânienne et parcourir les divers modes de manipulations dans leur ordre d'action physiologique, pour ainsi dire.

Dès que peu à peu la région a été insensibilisée, et que le gonflement commence à diminuer, aborder le coude, faire l'effleurage digital des parties latérales de l'olécrâne, puis des éminences inférieures constituant en dedans l'épitrochlée, en dehors l'épicondyle ; ensuite les pressions, le pétrissage de ces régions doivent être faits soigneusement du côté de l'articulation huméro-radiale plus accessible en arrière et en dehors ; y insister tout particulièrement à cause de l'infiltration existant à ce niveau.

En avant, entre la saillie du long supinateur et le brachial antérieur, dans la branche du V du pli du coude, se trouve situé profondément le nerf radial, qui peut être

exposé à un processus de périnévrite ; on doit donc s'arrêter à ce point et y pratiquer un massage attentif destiné à dégager cette région susceptible.

Plus en arrière se trouve également la gouttière épitrochléo-olécrânienne logeant le nerf cubital : il faut avoir soin encore de dégager cette région, car on est exposé à laisser, dans ce canal ostéo-fibreux, les matériaux épanchés s'y organiser, amener des rétractions dans les tissus, enserrant ainsi la gaine du cubital, gênant son plissement, et amenant des adhérences que le mouvement révélera plus tard, en décelant les douleurs que la traction produira sur le nerf : d'où obstacle nouveau au mouvement, en face d'une névrite ou tout au moins d'une périnévrite constituée !

Après avoir rempli toutes ces particularités, le résultat commence à devenir appréciable ; les manipulations s'exercent maintenant au niveau de la région malade sans difficulté ; on peut alors faire du massage du membre un tout homogène et relier dans une dernière manœuvre générale toutes les parties qu'il avait fallu aborder en détail. On régularise ainsi et on répartit sur une surface plus considérable le travail de défense et réparateur qui n'en est que plus activé. Quand le pétrissage à pleines mains du muscle est terminé, ce qui se fait sans que l'articulation malade soit incommodée, quelques tapotements rapides achèvent de donner du tonus aux muscles dont il excite la vitalité, ce qui combattra l'atrophie. (Rappelons qu'on fera cette manœuvre, au milieu du traitement, dès que l'état inflammatoire aura disparu).

Les mouvements, d'abord très limités, sont exécutés

par le malade dans les limites du possible ; mouvements passifs ensuite, augmentés graduellement et parallèlement aux mouvements actifs.

Quand on arrive au terme du traitement, on a soin de forcer jusqu'à l'intégrité, en se conformant à l'indice de la douleur. L'extension et la flexion faites ainsi, reviennent assez rapidement ; la pronation et la supination sont moins atteintes ; il faut cependant s'en préoccuper. On engagera le malade, après le retour des mouvements, à se servir le plus possible de son bras, avec repos fréquents.

Massage de l'épaule. — Le massage de l'épaule ne présente pas de difficultés. La position la plus naturelle à donner au membre est de le laisser pendre le long du tronc, l'avant-bras fléchi à angle droit et appuyé sur un coussin. Cette région présente une masse musculaire plus ou moins développée, formée par le muscle deltoïde. D'autre part elle présente des parties accessibles de l'articulation scapulo-humérale aux manipulations du massage. On peut donc avoir une certaine action directe sur les lésions intra-articulaires. On sait, en effet, qu'en déterminant en avant la saillie de l'apophyse coracoïde que l'on rencontre dans le sillon delto-pectoral, déterminé par la position indiquée ci-dessus, on sent en dehors d'elle la saillie de la tête humérale ; en arrière, on rencontre l'angle très saillant de l'acromion ; au-dessous se trouve la dépression sous-acromiale.

Si on place le pouce immédiatement en dehors de la coracoïde, et si l'index plonge en arrière dans la dépression sous-acromiale, on saisit et on mobilise la tête

humérale. Ces dispositions anatomiques connues, le massage est bien simplifié.

Il faut se placer devant la face externe du bras, aborder la surface du deltoïde avec les deux mains étendues, embrassant le moignon ; l'effleurage se pratique de bas en haut, à partir du bras : les mains doivent suivre la direction des fibres du deltoïde se rendant à leurs insertions claviculaire, acromiale et à l'épine de l'omoplate. Les mains exécutent ainsi des mouvements divergents, réunis à leur point de départ au-dessous du V deltoïdien par exemple : elles divergent l'une en avant, l'autre en arrière de la région.

Pour l'effleurage du cou faisant suite à cette région, il ne présente rien de particulier.

On agit ainsi sur une surface très étendue ; aussi vient-on à bout très rapidement de la douleur. Celle-ci est toujours très vive en avant.

On procède alors au massage des parties accessibles antérieure et postérieure (de la 4^e à la 8^e séance) ; on fera l'effleurage digital, circulaire, ces points étant peu étendus. Dès que l'on sentira la tension diminuer, on pourra avoir recours aux pressions ou au pétrissage. On reprend alors les groupes musculaires ou les faisceaux de muscles. On ne manquera pas de masser la partie supérieure de l'épaule, le trapèze, ainsi que la région antérieure sus-claviculaire : on aura toujours une certaine action sur les vaisseaux et les nerfs sous-claviers et du plexus brachial, ce qui favorisera la résorption et la disparition de la douleur.

Insister aussi sur les manipulations en avant et en arrière pour agir sur l'extravasation séreuse, plus acces-

sible en ces endroits. Il ne faut pas négliger les insertions coracoïdiennes, la coulisse bicipitale, recevant les tendons de plusieurs muscles, pouvant devenir le siège de ténosites, cette région étant facilement envahie par les exsudats. Masser également l'aisselle dont la paroi externe renferme tant d'organes importants.

La tuméfaction de l'épaule disparaît encore assez vite ; les points douloureux y sont très tenaces ; ils ne doivent pas retarder le début précoce des mouvements exécutés par le malade.

L'écharpe ne doit pas être maintenue, lorsque les mouvements sont apparus. Entre le 10^e et 20^e jour, on peut souvent laisser toute liberté au bras.

L'épaule est sans contredit l'articulation pour laquelle les mouvements actifs et passifs doivent être exécutés avec le plus de rigueur.

L'importance de cette progression dans les mouvements nous a préoccupé et nous avons établi ainsi une échelle progressive qui nous sert de direction pour les mouvements actifs et passifs.

1^o *Mouvements de va-et-vient*, très limités d'abord, puis augmentés peu à peu ;

2^o *Ecartement du coude du tronc*, l'avant-bras fléchi. *Rotation dans cette position* d'arrière en avant et réciproquement. *Circumduction*, l'avant-bras en flexion. *Elévation du coude à la hauteur de l'épaule* (*abduction*) avec flexion de l'avant-bras cherchant à atteindre le sommet de la tête. Tous ces mouvements sont répétés à un degré plus élevé, le bras allongé ;

3^o *Mouvements de rétroduction avec flexion de l'avant-bras*, la main étant derrière le dos dans cette position,

l'avant-bras exécutant des mouvements de flexion, de demi-supination et pronation ;

3° *Adduction forcée de l'avant-bras à demi fléchi*, la main saisissant le moignon de l'épaule du côté opposé.

« Ces mouvements ainsi présentés ont l'avantage de procéder du simple au plus complexe et de favoriser le rétablissement dans le membre ».

Massage de la hanche. — L'opérateur prend ici deux positions différentes, car la séance comprend deux parties :

Massage de la région antérieure de la cuisse.

Massage de la hanche et de la région postérieure de la cuisse.

1° *Massage de la région antérieure de la cuisse.* — Dans les arthrites de la hanche, la douleur siégeant au niveau du genou, et à la base du triangle de Scarpa, exige qu'avant de commencer le massage de la hanche proprement dite, on masse la région antérieure de la cuisse. On pratique un effleurage rapide, suivi de pressions manuelles. On pétrit à un certain moment les masses musculaires ; dans l'aire du triangle de Scarpa, nous conseillons l'effleurage profond, le pétrissage digital et les pressions vibratoires devant avoir raison de l'empâtement et de la douleur. On refoule ainsi les exsudats vers le pli de l'aîne et dans le sillon de séparation du pectiné et du premier adducteur. On peut ensuite exécuter le pétrissage à pleines mains des masses musculaires considérables de la cuisse. Le tapotement est utile ici.

2° *Massage de la région postérieure de la cuisse.* — Ce massage comprend toutes les masses musculaires

postérieures jusqu'au pli fessier. Il faut savoir que les infiltrations exsudatives peuvent descendre vers le creux poplité qu'elles viennent infiltrer. On remarque souvent dans cette région un œdème appréciable. Il ne faut donc pas négliger le massage de la région postérieure. On exécutera les mêmes manœuvres, y compris le tapotement ; de ce côté en général, pas de douleur à signaler. Cependant importance du massage de cette région par la présence du nerf sciatique.

3° *Le massage de la hanche* ne peut s'exécuter directement dès les premiers jours, dans un certain nombre de cas. Lorsque, après deux ou trois séances, le déplacement est possible, on fera mettre le malade couché sur le côté opposé à l'arthrite, en le calant, si cela était nécessaire, avec des coussins. La région fessière se présente ainsi par son bord externe qu'il faut s'efforcer peu à peu de faire incliner jusqu'à l'horizontale. L'œdème et le gonflement siègent surtout au niveau du creux ischiatique, au grand trochanter aux points correspondants à la cavité digitale où viennent s'insérer les muscles pelvi-trochantériens. L'insertion fémorale du grand fessier présente de la douleur, du gonflement. C'est donc sur ces diverses parties que porteront surtout les diverses manipulations qui d'ailleurs ne présentent aucune difficulté d'exécution. Rien de délicat en effet dans ce massage de larges surfaces, avec loges ou groupes musculaires épais, en général bien fournies.

Effleurage, pressions profondes, pétrissage à pleines mains, tapotements (toujours autant que l'état d'amélioration permettra de le faire), trouvent ici leur application facile.

Les mouvements seront commencés le plus précocement possible et forcés progressivement, mais plus tôt que dans les autres articulations. Cette articulation de la hanche malade immobilise à elle seule tout le mouvement du membre inférieur.

La marche n'offre rien de particulier dans l'exécution des mouvements déjà indiqués. « A ce sujet nous ajouterons que jamais nous ne permettons l'usage des béquilles à nos malades, qui doivent s'exercer dès le début à s'appuyer sur leur membre, en se tenant auprès de leur lit pour exécuter les premiers exercices. Ils reprennent peu à peu l'équilibre, et à mesure que les effets du massage progressent, ils arrivent à faire la marche méthodique : il faut aider les malades au début, les soutenir, de manière à leur donner confiance ; en trois ou quatre jours, ils peuvent s'aventurer seuls. » Mais la restitution intégrale des fonctions et des mouvements n'apparaît pas avant trente jours de traitement : Cependant la guérison est quand même obtenue.

OBSERVATIONS

Obs. I (J. FÈGE). — *Synovite blennorrhagique double des gaines des extenseurs des pieds. — Intervention au 10^e jour, à droite ; au 4^e jour, à gauche. — Guérison après six séances de massage.*

Le nommé C..., 17 ans, journalier, entré le 3 janvier 1890, dans le service du Professeur Le Fort, salle Malgaigne, n° 10, hôpital Necker.

Blennorrhagie il y a un mois. Actuellement goutte purulente au méat.

Il y a 4 jours, en marchant, a senti tout à coup sur le dos du pied une très vive douleur. — Gonflement rapide du pied : rougeur intense, peau brillante et très tendue. Il lui fut impossible de continuer la marche.

3 janvier. — Actuellement rougeur de la face dorsale du pied droit ; léger empâtement, douleur de toute cette région. Les limites de la lésion s'étendent depuis l'articulation médio-tarsienne jusqu'à la racine des orteils. Quand on fait mouvoir l'articulation, la douleur reste à peu près stationnaire ; mais elle est exaspérée par les mouvements spontanés des orteils et siège principalement au niveau des tendons.

8. — Le malade est au repos depuis son entrée. La douleur a bien diminué. Mais il y a trois jours, il a remarqué que le pied gauche lui faisait mal, à la partie symétriquement placée à celle du pied droit.

En effet, du côté gauche, on remarque une rougeur, un gonflement de la face dorsale, affectant les mêmes caractères que du côté droit : mêmes limites : très vives douleurs.

9. — Rien de changé. Du côté gauche, le gonflement et la douleur

ont augmenté. Rougeur plus vive en arrière de la racine des 3 ou 4 derniers orteils.

Le massage est commencé ce jour.

Le malade se trouve très bien après la séance. Le pied gauche qu'il ne pouvait redresser sans souffrir, est remué sans difficulté et redressé.

10. — A été bien dans la journée du 9 jusqu'à 6 heures du soir : à partir de ce moment a commencé à souffrir jusqu'à minuit. A dormi une partie de la nuit.

Aujourd'hui rien de particulier au pied droit.

Le pied gauche paraît plus rouge, plus gonflé : il est plus sensible au toucher.

Le massage, après quelques minutes, fait disparaître cette douleur ainsi que la rougeur. Le malade a le sentiment de rafraîchissement de la région qui dure autant que le massage. Après la séance une réaction se manifeste : couleur rosée de la peau : le malade sent une chaleur modérée, pas de douleur.

Du côté droit, tout est bien : la douleur est bien atténuée et limitée seulement aux 3^e et 4^e métatarsiens.

11. — A moins souffert hier soir. Nuit bonne. Le pied gauche est moins rouge et moins gonflé ; commence à mobiliser mieux les orteils. Encore de la chaleur. On peut faire quelques pressions sans que le malade accuse la moindre sensibilité. L'empâtement est bien moindre.

12. — Pas de séance.

13. — Pied droit très bien.

Le pied gauche n'est plus douloureux, encore de l'empâtement et du gonflement. La rougeur et la chaleur ont disparu. Les 3^e et 4^e orteils seuls restent pris ; les autres remuent. En appuyant sur la gaine du tendon des 3^e et 4^e orteils, on détermine une légère douleur. Les autres tendons explorés sont indolores.

14. — Pas de séance.

15. — Pied gauche : gonflement et empâtement disparus. Plus de douleur, sauf dans la gaine du tendon du 3^e orteil ; mais pas de trace de travail inflammatoire.

Pied droit. — Bien.

16. — Le pied gauche est tout à fait normal ; seul le 5^e orteil est encore un peu douloureux.

Pied droit également très bien.

Le malade marche bien et sort en très bon état

Obs. II (J. FÈGE). — *Monoarthrite blennorrhagique du poignet. Synovite du dos de la main. — Intervention au 6^e jour. — Guérison presque parfaite en 20 massages.*

La nommée X. . . , 49 ans, blanchisseuse, entre dans le service du Dr Le Dentu, salle Huguier, n° 20, hôpital Beaujon, le 9 mai 1890.

Vaginite blennorrhagique : écoulements jaunes verdâtres.

Le 6 *mai*, la malade ressent des douleurs dans le poignet droit qui gonfle : le lendemain, la malade fait péniblement son travail, mais la douleur augmente ainsi que la tuméfaction. Le 8, le gonflement, la rougeur, la douleur ne peuvent lui permettre d'achever sa journée.

12. — Empâtement considérable du dos de la main : douleurs très vives à l'essai de mobilisation spontanée des doigts et du poignet : rougeur, gonflement. Température du soir : 38°.

2 séances de massage à une heure d'intervalle. La malade peut remuer les doigts et le poignet sans douleur vive.

13. — A dormi pour la première fois. Mieux : il y a moins de tension. Température du matin : 37°.

Gonflement s'étend jusqu'au pli du coude : empâtement léger de l'avant-bras qui est douloureux.

14. — A moins bien dormi.

15. — Nuit bonne. La même tension du dos de la main, surtout de la région postéro-externe. Après le massage, comme toujours, sensation de fraîcheur : tension moindre ; diminution de la douleur.

16. — Nuit bonne. Moins de chaleur et de douleur. Tension diminuée. Les doigts remuent et sont très dégonflés.

17. — Diminution très notable de la tension de la main. L'avant-bras a repris l'aspect et la consistance normaux. La douleur ne s'y fait plus sentir : c'est à partir du poignet qu'elle existe.

Après le massage (7^e séance), on peut faire mouvoir le poignet

presque sans douleur ainsi que les doigts. A mesure que l'on continue les mouvements, la gêne diminue ainsi que la sensibilité. Mieux très sensible.

23. — Phénomènes inflammatoires tombent tout à fait. A moins souffert le soir. Douleur en voie de disparition complète.

24. — Un deuil de famille nous force à ne plus nous occuper de la malade.

29. — Les phénomènes douloureux, *par suite de la cessation du massage*, devenant plus intenses et le gonflement augmentant, M. Le Dentu ordonne l'immobilisation dans l'appareil plâtré.

1^{er} juin. — Appareil plâtré.

19. — Enlèvement de l'appareil. Le massage est repris. Phénomènes inflammatoires complètement disparus. Dos de la main est gonflé ; les gaines envahies par du tissu fibro-plastique. Plus de douleur.

1^{er} juillet. — Après 12 massages, tout l'empatement est résorbé. La malade remue les doigts et le poignet. Part au Vésinet. Mais il n'y a pas encore tous les mouvements parfaits.

Obs. III (J. FÈGE). — *Arthrite blennorrhagique des genoux.* — *Guérison en une quinzaine de jours de traitement.* — A droite, 15 massages ; à gauche, 8 massages.

Le nommé W..., Rémy, 41 ans, charpentier, entre dans le service du D^r Guyot, salle Sandras, N° 6, hôpital Beaujon, le 7 juin 1890.

Depuis 5 semaines, blennorrhagie. 8 à 10 jours avant son entrée, a senti quelques douleurs voyageant dans les doigts de pied et dans les mains des deux côtés. Gonflement du dos du pied à ce moment. A la suite d'une fatigue (marche forcée), le genou gonfle subitement : douleur assez vive. Mais pas de rougeur, la douleur s'exaspérant la nuit à la chaleur du lit.

12 juin. — Gonflement et tension assez forte de l'articulation du genou droit. Hydarthrose. Atrophie considérable de la cuisse. Cul de sac supérieur très épaissi. Pas de douleur ou presque pas.

Mouvements de flexion encore assez étendus.

Circonférence de la cuisse à 45 cent., du bord de la rotule : 41 cent.; cuisse saine : 44 cent.

Au genou, on trouve :

A la pointe de la rotule. 32 1/2

A la base de la rotule..... 35

A la partie moyenne de la rotule..... 34 3/4

19. — Après 7 séances, l'épanchement a presque totalement disparu. On ne constate plus cette saillie du cul de sac supérieur au côté externe.

Par contre, le genou gauche est le siège d'un épanchement assez considérable. Massage de ce genou est fait à partir de ce jour.

Mensuration..... G. D. G. G.

Pointe de la rotule... .. 33 33

Base de la rotule..... 33 34

Partie moyenne de la rotule 34 34 3/4

Circonférence cuisse droite 41 1/2

— — gauche..... 40

Le genou droit continue à être massé.

20-21. — Séances.

22. — Pas de séance.

23. — L'épanchement du côté gauche a complètement disparu.

Du côté droit, légère augmentation sur les jours précédents. Néanmoins, rien dans l'articulation, seul le côté externe du cul-de-sac supérieur est un peu saillant.

Mensuration du genou gauche :

Pointe de la rotule..... 33 cent.

Base de la rotule 32 2/3

Milieu de la rotule..... 34

Le malade essaie de se lever et de marcher.

24. — Séance.

25. — Séance. L'épanchement du côté droit, qui paraissait augmenter dès le premier jour de la marche, a déjà bien diminué. A gauche, il n'y a plus rien.

29. — Genou droit sans épanchement. Léger gonflement du pied gauche (tibio-tarsienne). Le malade a fatigué et son genou contient encore un peu de liquide.

3 juillet. — A gauche, plus de gonflement au cou de pied, plus de liquide dans le genou.

A droite, également disparition de l'épanchement. Il persiste encore de l'épaississement des culs-de-sac, mais qui diminuent tous les jours.

Le malade sort de l'hôpital. Il doit revenir suivre le traitement ; mais ne vient pas. Nous apprenons qu'il a repris son travail.

Obs. IV (J. FÈGE). — *Arthrite blennorrhagique du poignet droit. — Intervention au 4^e jour. — Guérison en 9 séances.*

La nommée Hubertine C. . ., âgée de 26 ans, femme de ménage, entre le 2 juillet 1895 à Necker.

Leucorrhée ; tache en jaune sa chemise. Opérée d'un rétrécissement du rectum.

La maladie actuelle a débuté samedi dernier, 29 juin, coïncidant avec la non apparition des règles que la malade attend depuis deux jours. Début par des douleurs très vives sans gonflement apparent, au niveau du poignet droit. La rougeur n'a pas paru de suite.

Aujourd'hui, 2 juillet, la région dorsale du poignet est rouge, tendue et douloureuse. Cette douleur est très vive à l'interligne radio-carpien. Impotence des doigts et du poignet. Pas de mouvements provoqués, sans douleur intense. Mouvements de l'avant-bras également impossibles. Supination et pronation très douloureuses.

Pas de synovite des gaines tendineuses. Contracture très marquée du grand palmaire, dont le tendon fait une très forte saillie.

La malade perd en jaune. Vaginite blennorrhagique ; a eu des douleurs vésicales pour lesquelles elle aurait été soignée il y a deux ans.

Souffre beaucoup le soir. Pilule d'opium pour la nuit.

3 juillet. — Premier massage. Après quelques minutes, la malade supporte l'effleurage superficiel, et la douleur diminue. Après la séance, la malade se sent très soulagée.

4. — Nuit du 3 au 4, meilleure ; la malade a pu se passer de la pilule d'opium. La rougeur et la tension ont diminué. Douleur profonde bien moins vive.

5. — Le mieux continue. Détente très marquée. Des petits mouvements spontanés des doigts sont tentés sans grande souffrance.

La nuit se passe assez bien ; le sommeil n'est pas encore continu.

6. — Dos de la main dégonflé. La douleur est encore vive aux insertions ligamenteuses internes. Sort et reviendra lundi.

8. — La détente s'est très accentuée.

Samedi dernier, la journée a été très bonne. Peu de douleur. La nuit, le sommeil a été plus tranquille.

Dimanche 7, pas de séance ; le mieux s'est néanmoins continué. Quelques douleurs le soir. A essayé de faire son ménage.

Lundi 8, la main se meut avec assez de facilité. Les doigts remuent sans douleur. Les mouvements du poignet, flexion et extension, sont possibles. Va essayer de se servir de sa main, mais avec précaution. Les mouvements actifs à exécuter dans l'intervalle des massages sont ceux de jouer du piano. La malade est très bien après cette séance.

10 *juillet*. — Amélioration très notable. Les mouvements sont faciles. La pronation et la supination peu douloureuses : la flexion et l'extension également. Les doigts ont plus de facilité dans les mouvements. A pu se servir de sa main. Les nuits sont bonnes.

12. — Se sert assez bien de sa main : coupe sa viande. Encore légères douleurs à la pression des insertions ligamenteuses internes. Mouvements presque normaux.

15. — Malgré les deux jours sans massage, la malade se trouve très bien, se considère comme guérie.

20. — La malade se sert très bien de sa main. Ne souffre plus. Nous lui conseillons de revenir, au cas où elle souffrirait. Un mois après, nous revoyons la malade qui va très bien, ne se sent plus de rien et a repris toutes ses occupations.

Obs. V (J. FÈGE). — *Arthrite blennorrhagique du poignet gauche. — Intervention au 5^e jour. — Guérison en 15 massages.*

La nommée Marie P. . . , cuisinière, âgée de 33 ans, se présente le 19 décembre 1896, à la consultation de Necker et nous est adressée.

Il y a 5 jours, a ressenti de la douleur au poignet gauche qui se mit à gouffler. Rougeur, tension, chaleur au niveau du dos de la main. Impossibilité de remuer les doigts. Fluctuation très nette dans les gaines des radiaux et de l'extenseur du pouce. Etat aigu. Pertes blanches ; douleur en urinant depuis 3 semaines ; tache le linge en vert.

Massage commencé immédiatement le 19 décembre. La malade ressent un grand soulagement. L'avant-bras est mis dans une écharpe.

20 décembre. — La nuit a été meilleure. Le gonflement, la tension ont diminué. Mouvements impossibles. Après le massage, quelques petits mouvements, mais douloureux.

21. — La douleur est très atténuée ; la malade dort assez bien. Encore du gonflement du dos de la main. Petits mouvements encore impossibles sans douleur.

22. — Il y a évidemment résorption du liquide des gaines des radiaux. Mais il y a encore de la tension. La malade souffre peu, même la nuit.

23. — Diminution de la sensation de fluctuation si nette la première fois. Les mouvements spontanés sont encore limités, mais la douleur est très diminuée.

24. — Détente très marquée. Gonflement disparu sur le dos de la main. Les mouvements de flexion des doigts sont plus faciles. La malade doit entretenir cette mobilisation par des mouvements semblables à ceux de jouer du piano. A très bien dormi.

25-26. — Flexion et extension du poignet assez faciles. Supination et pronation incomplètes et douloureuses.

27. — L'écharpe est enlevée. La malade doit essayer de se servir de sa main. Les doigts remuent assez bien.

28. — La malade a pu faire usage de sa main gauche. Les gaines des radiaux et de l'extenseur du pouce sont normales, non doulou-

reuses. La supination et la pronation ne sont pas encore complètes ; mais presque indolores.

29. — La malade a pu éplucher des pommes de terre, assez facilement. Les doigts remuent mieux, la flexion est à angle droit.

30. — Mouvements de flexion et d'extension du poignet complets presque sans douleur.

31. — La supination et la pronation sont complètes sans douleur appréciable. La malade se sert assez bien de sa main. Elle ne peut pas fermer tout à fait la main.

1^{er} janvier 1897. — Pas de séance.

2. — La malade remue bien l'avant-bras, le poignet et les doigts. S'en est servi très bien, presque comme auparavant. Nous lui conseillons de venir le surlendemain.

4. — La malade est parfaitement bien. Elle a repris son travail complètement. Elle ne revient plus.

Obs. VI (J. FÈGE). — *Arthrite blennorrhagique du poignet droit aiguë. — Synovite des gaines des extenseurs. — Intervention au 15^e jour. — Guérison en 17 séances.*

La nommée Augustine A..., âgée de 48 ans, domestique, entre le 15 février 1897, salle Lenoir, n° 30, hôpital Necker.

Début de l'affection, il y a 10 jours, par douleur dans le poignet droit qu'elle vit enfler petit à petit, d'abord au niveau des tendons extenseurs et abducteurs du pouce, puis aux autres gaines de la région. Rougeur, tension, chaleur.

Enveloppement et immobilisation dans un appareil ouaté : la douleur a toujours persisté quand même.

20 février. — Gonflement considérable du poignet et de la main dont la face dorsale est œdématisée, rouge, tendue, très douloureuse. Gaines de l'extenseur de l'index, des radiaux et du long abducteur et extenseur du pouce sont très gonflées. On perçoit nettement une fluctuation au niveau de ces gaines. Pression très douloureuse. Le gonflement remonte jusqu'au 1/3 inférieur de l'avant-bras ; une zone très nette tranchée à ce niveau présente l'aspect normal.

Impotence fonctionnelle des doigts. Mouvements provoqués très douloureux.

Atrophie des extenseurs.

Etat aigu.

Le massage est commencé immédiatement, 20 février. Soulagement de la malade. Elle éprouve un véritable bien-être, dit-elle. Repos au lit. Avant-bras placé sur un oreiller.

21. — Le malade qui a mal dormi ou pas dormi depuis 15 jours dit avoir passé pour la première fois une nuit moins mauvaise. S'est trouvée bien hier jusqu'à 5 heures du soir.

22. — Un peu de sommeil. Gonflement moins tendu. Rougeur et chaleur atténuées. Pas de mouvements possibles

23. — Nuit meilleure, même bonne. Douleur bien atténuée et très supportable. Diminution du gonflement de l'avant-bras et du dos de la main. Tentative de mouvements spontanés des doigts douloureuse.

24. — La malade dort bien. A pu faire prudemment quelques très petits mouvements des doigts; douleur supportable. Supination et pronation impossibles. Essai de flexion et extension encore très douloureux.

25. — Résorption de l'épanchement des gaines appréciable. Gonflement minime. Douleur supportable en remuant un peu plus les doigts.

26. — Très bonne nuit. Pas souffert. Dégonflement. Mouvements de supination et de pronation s'ébauchent sans souffrance. Détente. Peut remuer les doigts et le poignet beaucoup mieux.

27. — La malade se lève. Se promène avec le bras en écharpe.

28. — En bonne voie.

1^{er} mars. — Peut rester quelque temps sans avoir le bras en écharpe. Essaie de se servir de sa main. Peut prendre son gobelet sans trop de maladresse.

2 — Supination et pronation complètes bien que douloureuses. Extension et flexion faciles. Plie bien les doigts. Ne ferme pas encore à fond la main.

3. — Aspect normal du membre. Les extenseurs ont repris. Il y a encore une différence avec le côté gauche. Encore de la douleur à la pression forte. Mais non excessive.

4. — Ferme la main assez facilement. S'en sert bien. Aide au nettoyage de la salle sans grande gêne.

5. — Les mouvements passifs sont encore douloureux lorsqu'on les fait à fond. Les doigts remuent avec assez de souplesse.

6. — Mouvements spontanés normaux. Presque pas douloureux lorsqu'on force.

7. — Aucune douleur n'est réveillée par aucune des manipulations. Pas de raideur. Pas de gonflement.

8. — La malade se sert très bien de sa main. Tous les mouvements sont normaux. Reprend son travail.

Nous avons revu cette malade quelques mois après. Elle n'a jamais plus rien ressenti depuis son traitement.

Obs. VII (Personnelle). — *Arthrite blennorrhagique du coude gauche à l'état aigu, chez une malade atteinte de myopathie type d'Erb. — Intervention au 7^e jour. — 16 massages ont fait disparaître toutes manifestations inflammatoires.*

La nommée Fernande ..., âgée de 23 ans, entre à l'hôpital Cochin, dans le service du Professeur Quénu, le 9 juillet 1908, salle Richet, n° 9 bis.

7 juillet. — Douleurs dans l'avant-bras et le coude gauche : puis gonflement.

Pertes blanches. Douleurs à la miction.

A noter une myopathie du type juvénile d'Erb, intéressant l'épaule et le bras gauche. Scapulum alatum et amyotrophie.

A son entrée, moitié inférieure du bras tuméfiée ainsi que le coude, l'avant-bras et la main. Chaleur, tension, rougeur de la peau.

Douleur à la pression. Douleur très vive. Insomnie. Temp. : 38°4 (axillaire).

Coude en flexion. Impossibilité des mouvements qui sont très douloureux.

Pendant 4 jours, on hésite à faire le diagnostic de blennorrhagie articulaire.

14. — Malgré la temporisation, le massage est commencé, le 7^e jour de l'affection.

La malade supporte très bien l'effleurage léger qui la soulage beaucoup.

15. — 2^e séance. La malade a souffert l'après-midi, mais beaucoup moins que les jours précédents où elle était dans une gouttière.

De plus la température est à 37°8 (axillaire).

La malade peut remuer ses doigts. Ce qu'elle ne faisait pas.

La nuit du 14 au 15 a été meilleure que les précédentes. Cependant la malade n'a pas eu de morphine comme précédemment.

16. — La malade se trouve bien mieux. Après le 2^e massage, sensation de chaleur l'après-midi. Mais pas douloureuse.

Il y a encore de l'œdème, de la rougeur, de la chaleur, à la moitié inférieure du bras, à l'avant-bras et à la main.

17. — Temp. : 36°8.

Les douleurs spontanées sont diminuées. Bonne nuit.

Mobilisation active tentée. Mais trop douloureuse. Nous n'insistons pas.

18. — Le bras est dégagé. Détente. La douleur se localise à l'avant-bras sur les bords radial et cubital. La nuit est très bonne. Pas de température.

19. — Essai de mouvements. Flexion du coude, mais encore douloureuse.

20. — Beaucoup moins douloureux. Les mouvements limités sont faciles.

La main est beaucoup moins tuméfiée.

21. — 8^e séance. Progrès de la flexion.

22. — Le massage peut se faire plus profondément sans douleur. Disparition de l'œdème.

23, 25, 26. — Mouvements stationnaires.

27. — Souffre encore pour la pronation et la flexion du poignet.

28. — A mal dormi. Le massage plus léger calme complètement toute douleur.

29. — Bonne nuit. On met l'avant-bras surélevé sur un coussin. Il était jusqu'ici dans une écharpe, ce qui produisait un œdème

de stase, étant donné la mauvaise circulation de l'épaule et du bras frappés d'amyotrophie.

30. — Le dégonflement est très net. La nuit a été très bonne. Les phénomènes aigus ont disparu. Etant donné l'infirmité de la malade, nous ne cherchons pas à acquérir des mouvements qu'elle ne faisait pas auparavant. Nous la suivons, car elle reste dans le service : elle aide et porte des objets avec sa main gauche. Nous ne pouvions espérer mieux.

Obs. VIII (Personnelle). — *Monoarthrite aiguë de l'épaule gauche.*
— *Intervention au 7^e jour. — Restitutio ad integrum en 34 massages.*

Le nommé Assan A..., âgé de 20 ans, étudiant, entré dans le service du Professeur Vidal, à l'hôpital Cochin, salle Josias, n° 26, le 22 mars 1910, pour monoarthrite aiguë gonococcique de l'épaule gauche.

Voici l'histoire de la maladie. Le 14 février 1910 : Blennorrhagie, écoulement pendant deux semaines.

Le 1^{er} mars au matin, après avoir fait des excès, sensation de faiblesse dans les membres inférieurs. Fatigue, frisson, courbature généralisée. Repos au lit 1^{er}, 2 mars.

4. — Le malade ressent des douleurs aux pieds, aux chevilles droite et gauche, puis au bras droit, à la main gauche et genou gauche. Temp. 39°2. Récidive de l'écoulement. Un médecin ordonne du salicylate de soude et des frictions. En somme, crise d'arthralgie blennorrhagique polyarticulaire. Repos au lit pendant 5 jours, les 4, 5, 6, 7 et 8 mars.

Le 9, le malade se lève, sort et il va assez bien pendant une semaine environ.

Le 16. — Nouvelles douleurs sous la plante du pied droit, aux cuisses droite et gauche, au genou droit. Même traitement.

Le 17. — Douleurs musculaires dans l'avant-bras gauche, et au niveau du coude.

Le 19. — Début des douleurs plus vives à l'épaule gauche. Le

même traitement ne réussit pas. Salicylate de méthyle sans résultat.

Le 22. — Entre à Cochin, Douleurs très vives exacerbées par le moindre mouvement : Temp. 38°9, 38°, 39°. Morphine, aspirine. Enveloppement de salicylate de méthyle.

Le 26. — Nous voyons le malade qui nous est confié. Nous constatons :

Malade appuyé sur son épaule droite. L'épaule gauche est tuméfiée, augmentée de volume. La peau est tendue, luisante, chaude et rouge, œdémateuse. Douleur aux insertions deltoïdienne, claviculaires et acromiales. Douleurs de la coulisse bicipitale.

Impotence fonctionnelle. Impossibilité d'écarter le bras du corps, ni de faire mouvoir l'avant-bras sans douleurs très vives.

Nous constatons l'atrophie musculaire, assez prononcée au niveau du deltoïde.

Gonflement du creux axillaire. Douleur très vive au sommet de l'aisselle. Contracture musculaire de tout le moignon de l'épaule.

1^{er} massage. — Le malade se trouve très soulagé malgré son appréhension ; il n'a pas du tout souffert des manipulations d'effleurage qu'il dût subir. On ne lui remet pas de pansement au salicylate de méthyle. N'aura pas d'aspirine ni de morphine si possible.

27. — Le malade a été bien l'après-midi d'hier. Il a pu se passer d'aspirine et de morphine. N'a pas dormi véritablement, mais a pu reposer pour la première fois. N'a pas souffert beaucoup.

Temp. 38°5.

28. — A un peu souffert, mais a dormi. Essai de mouvements actifs très prudents de va et vient du bras.

Temp. 38°.

29. — Beaucoup moins de tension. Après le massage, sensation de bien-être. Encore essai de mouvements.

Temp. : 38°2.

30. — Mieux, bien qu'ayant un peu souffert des essais de mobilisation passive tentée hier. Temp. : 37°9.

31. — Dort bien. Dégonflement. Peau non œdémateuse, non luisante. Détente. Insertion supérieure du deltoïde très peu douloureuse ; le maximum de la douleur siège en avant dans la coulisse bicipitale et symétriquement en arrière.

1^{er} avril. — Le malade se lève, le bras en écharpe. Il ne souffre pas. Peut faire des mouvements de va et vient de son bras sans grande douleur.

2. — Séance.

3. — Pas de séance.

4. — Mouvement de rotation de l'humérus sans grande douleur. Ne peut fléchir son avant-bras. Dort bien.

5. — Aucun gonflement.

Le poignet droit est légèrement tuméfié, douloureux ; légère difficulté à mobiliser. Début hier soir de ces phénomènes. *Massage immédiat* après lequel mobilisation normale, aucune douleur.

6. — N'a rien ressenti au poignet droit. Epaule gauche en très bon état. Peut fléchir son avant-bras, avec peine.

7. — Peut porter son bras sans écharpe, le laisser pendre le long du corps. Mouvements. Sort de l'hôpital 16 jours après son entrée et après 12 massages. Revient tous les jours.

8. — Bien mieux. Ne souffre pas s'il ne fait pas de mouvements brusques.

9. — Séance.

10. — Bien. Mouvements plus faciles. S'est habillé seul pour la 1^{re} fois (22^e jour de la maladie, 15^e massage).

11. — Séance.

12. — A coupé sa viande. On peut lui mettre la main derrière la tête sans grande douleur. S'est couché sur son bras gauche involontairement pendant 5 minutes, mais a été réveillé. A pu se rendormir, car il n'a pas souffert.

13. — Le deltoïde reprend de sa tonicité. La douleur est réveillée à la pression forte de la coulisse bicipitale.

14. — Met la main à la nuque spontanément.

15, 16. — Séances.

17. — Pas de séance.

18. — Tous les mouvements en avant sont revenus. Encore difficulté pour les mouvements en arrière.

19. — Retour des tissus à leur état normal.

20. — Mouvement d'élévation latérale du bras incomplet et douloureux.

21, 22, 23. — Pas de changement très appréciable. Deltoïde en bon état. Elève bien le bras latéralement, l'omoplate étant fixée.

4^{er} mai. — Bien.

5. — Aucune douleur.

9. — Très bien.

16. — *Restitutio ad integrum*. Nous avons reçu de bonnes nouvelles de notre malade au mois d'août.

Obs. IX (Personnelle). — *Arthralgie du genou droit*. — *Synovite tendineuse*. — *Intervention le 15^e jour*. — *Guérison en 3 séances*.

Le nommé Prosper B..., âgé de 19 ans, entre à Saint-Louis, salle Devergie, n° 20, dans le service du docteur Thibierge, le 26 mai 1910.

Blennorrhagie datant de 4 mois.

Gonflement du genou droit. Légère hydarthrose. Arthralgie depuis 15 jours. Synovite de la patte d'oie. Douleur. Chaleur.

Marche très pénible. Extension de la jambe impossible.

27 mai — 1^{er} massage. Soulagement immédiat. Peut étendre très facilement et sans douleur sa jambe. Marche méthodique.

28. — A marché. S'est trouvé très bien. A dormi. Douleur presque disparue.

29. — Pas de séance.

30. — Très bien. Marche parfaite. Aucune douleur spontanée ou provoquée. Sort.

CONCLUSIONS

A) — 1° Nous avons voulu convaincre qu'il n'est pas nécessaire, qu'il est même nuisible d'attendre que les phénomènes aigus soient calmés pour entreprendre la massothérapie dans l'arthrite blennorrhagique.

2° Le massage précoce peut et doit être fait par le médecin, malgré et parce que : phénomènes aigus.

3° Ce traitement a été appliqué dès 1890 par J. Fège, qui en a dit un mot dans son livre : « *Du massage précoce dans les traumatismes* » paru en 1899.

B) — De l'historique :

Nous avons distingué la « méthode française de massage », dont Estradère a établi les règles méthodiques en 1863, véritablement thérapeutique, de la « méthode suédoise » de Ling, simple gymnastique hygiénique.

C) — Physiologie :

1° Les travaux de Mosengeil, 1876, sur la résorption des liquides épanchés dans les articulations, ceux de Castex 1891 sur l'action thérapeutique du massage immédiat et précoce dans les traumatismes, apportent des arguments irréfutables en faveur de l'application de la massothérapie aux phénomènes aigus de la blennorrhagie articulaire.

2° En effet, le massage anesthésie ; il produit la résorption, la résolution et réveille la contractilité musculaire.

3° D'où la nécessité du massage immédiat de l'arthrite blennorrhagique où il y a douleur, épanchement, impotence, future ankylose.

D) — 1° De tous les traitements préconisés, aucun n'est satisfaisant.

2° La particularité de la blennorrhagie articulaire étant la tendance à la fibrose, à l'ankylose, on doit combattre cette tendance et non la favoriser systématiquement.

3° Le massage est nécessaire pour prévenir cette ankylose. Mais alors il faut qu'il soit institué précocement pendant l'installation insidieuse de l'organisation.

4° Massage, non plus « dès que les phénomènes aigus ont disparu » mais dès qu'ils apparaissent, dès qu'ils sont apparus.

Il ne faut pas attendre la disparition des phénomènes aigus ; il est trop tard, car l'organisation à ce moment est complète.

5° Le massage précoce est le traitement de choix de l'arthrite blennorrhagique.

Cependant une contre-indication formelle, le pus : mais il est exceptionnel.

E) — 1° Nous proposons donc :

Massage précoce en période aiguë, dès son début ;

Immobilisation temporaire ;

Mobilisation précoce active, puis passive.

2° L'expectative doit être remplacée par la défensive et surtout par l'offensive massothérapeutiques.

3° Toutes les modalités de l'arthrite blennorrhagique réclament cette méthode qui convient à toutes.

4° Le massage répond aux conditions exigées d'un traitement.

5° Le massage des arthrites blennorrhagiques en période aiguë, dès les premiers jours donne :

1° Soulagement immédiat du malade ;

Diminution considérable de la douleur ;

Sommeil au lieu d'insomnie.

2° Abaissement de la température ;

Rétrocession des phénomènes généraux ;

3° Localement :

Disparition de l'hyperesthésie ;

Diminution de la tension péri-articulaire et articulaire ;

Perméabilisation des tissus ;

Abaissement de la température locale ;

Résorption rapide des exsudats ;

Conservation trophique des muscles ;

Retour des mouvements spontanés ;

D'où facilité des mouvements passifs.

4° *Restitutio ad integrum* de la fonction.

6° Pronostic de la blennorrhagie articulaire moins sombre, oserions-nous dire bénin ?

F) — De la technique :

1° Nous avons décrit des manipulations fondamentales simples, dans le but de faire œuvre utile.

2° Leur application, même par un débutant, ne peut être nuisible, s'il se conforme strictement aux principes énoncés.

3° Une séance de massage doit avoir, d'après nos observations, une durée moyenne de trente minutes.

4° Les manœuvres ne doivent pas être douloureuses.

5° La guérison est d'autant plus rapide, d'une façon générale et sans prendre de cas particuliers, que l'intervention par le massage précoce a été plus prompte dans tous les cas traités.

6° Le massage précoce ne doit être pratiqué que par le médecin.

7° On ne doit jamais confier un traitement massothérapique aux empiriques.

Nous formulerons, en terminant, ce vœu : « Que tout élève en médecine, externe, interne même, devrait s'intéresser à la massothérapie, en faire et soigneusement. »

Vu :

Le Président de thèse,
WIDAL.

Vu :

Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Brouardel-Gilbert-Thoinot. *Nouveau traité de médecine*. Maladies vénériennes, par BALZER, fasc. VII.
- Chevrier. Traitement du rhumatisme blennorrhagique par les injections intra-articulaires ou péri-articulaires de sels insolubles de radium. *Gazette des Hôpitaux*, n° 56, 17, 19 mai 1910.
- Claude et Teulière. Traitement par les boues radioactives des arthropathies et, en particulier, des arthrites gonococciques (Discussion). *Société de radiologie médicale de Paris*, 14 décembre 1909.
- Debove. Un cas d'arthrite blennorrhagique suppurée traitée et guérie par le radium. *Le Journal médical français*, n° 6, 15 juin 1910.
- Eyre et Stewart. The Treatment of gonococcus Infection by Vaccines. *The Lancet*, n° 4480, 10 juillet 1909.
- Fège (J.). *Du massage précoce dans les traumatismes*. Paris, 1899 (1).
- Fontoynt et Robert. Du traitement des arthrites blennorrhagiques par la méthode de Bier et des résultats excellents de cette méthode. *Société des sciences médicales de Madagascar*, 1^{er} nov. 1909.
- Grunspan et Faroy. Traitement des complications articulaires de la blennorrhagie par l'air chaud. *Gaz. des Hôpit.*, n° 26, 3 mars 1910.
- Hartwell. The Treatment of gonorrhœal arthritis With Vaccines made From The gonococcus. *Annals of Surgery*, n° 5, nov. 1909.
- Jack. Arthrites gonococciques traitées par la vaccinothérapie (Discussion). *Société médico-chirurgicale de Glasgow*, 4 fév. 1910.
- Four cases of gonorrhœal arthritis Treated by Vaccine Therapy. *The Glasgow medical Journal*, n° 4, avril 1910.
- Jarvis. La vaccinothérapie des infections gonococciques par la méthode opsonisante de Wright. *Presse médicale*, n° 19, 9 mars 1910.

(1) Tous les passages entre guillemets, dans le cours de notre travail, sans indication, sont tirés de ce livre.

- Le Dentu-Delbet. *Nouveau traité de chirurgie*. Maladies des articulations, par MAUCLAIRE, fasc. VII ; Maladies des muscles, par OMBRÉDANNE, fasc. IX.
- Mainini (Carlos). L'action du vaccin gonococcique sur les arthrites à gonocoques. *Presse médicale*, n° 5, 16 janvier 1909.
- Morestin (H.). *Chirurgie générale des articulations*, 1907.
- Oscar (Mc.). The Treatment of gonorrhœal Rheumatism with a Vaccino. *The Lancet*, n° 4499, 20 nov. 1909.
- Pinkus. Neuere Arbeiten ueber Gonorrhoe. *Medizinische Klinik*, n° 25, 20 juin 1909.
- Petit (P.-Ch.). Le traitement électrique de l'arthrite blennorrhagique. *Tribune médicale*, n° 38, 17 septembre 1910.
- Pissavy et Chauvet. Le sérum antiméningococcique de Flexner dans le traitement des arthrites blennorrhagiques. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 30, 21 oct. 1909.
- Rosenthal. *Traitement local des arthrites rhumatismales et blennorrhagiques par les injections de salicylate de soude*. Th. de Paris, fév. 1910.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	7
INTRODUCTION.....	9
Historique.....	12
Résumé de la physiologie du massage.....	14
Revue des traitements actuels et discussion.....	22
Méthode proposée. — La massothérapie précoce.....	40
Technique.....	49
Massage de l'arthrite, de la synovite blennorrhagique de la tibio-tarsienne, du cou de pied.....	64
— du poignet.....	67
— du genou.....	68
— du coude.....	72
— de l'épaule.....	76
— de la hanche.....	79
OBSERVATIONS.....	83
CONCLUSIONS.....	99
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	103

